

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1901

THÈSE

N°

616

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 18 Juillet 1901, à 1 heure

PAR

Alph. ETIENNE

Né à la Trinité (Manche) le 7 Août 1875

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES

TEMPÉRATURES MORBIDES
LOCALES

Président : M. HUTINEL, professeur.

Juges : MM. REMY, professeur.

MARFAN et MÉNÉTRIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

Imprimerie de la Faculté de médecine

L. BOYER

15 — RUE RACINE — 15

1901

616

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

310

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1901

THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 18 Juillet 1901, à 1 heure

PAR

Alph. ETIENNE

Né à la Trinité (Manche) le 7 Août 1875

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TEMPÉRATURES MORBIDES
LOCALES

Président : M. HUTINEL, professeur.

Juges : MM. REMY, professeur.

MARFAN et MÉNÉTRIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

Imprimerie de la Faculté de médecine

L. BOYER

15 — RUE RACINE — 15

1901

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS

Anatomie, MM. FARABEUF. — Physiologie, Ch. RICHET. — Physique médicale: GARIEL. — Chimie organique et chimie minérale, GAUTIER. — Histoire naturelle médicale, BLANCHARD. — Pathologie et thérapeutiques générales, BOUCHARD. — Pathologie médicale, HUTINEL, BRISSAUD. — Pathologie chirurgicale, LANNELONGUE. — Anatomie pathologique, CORNIL. — Histologie, MATHIAS DUVAL. — Opérations et appareils, BERGER. — Pharmacologie et matière médicale, POUCHET. — Thérapeutique, LANDOUZY. — Hygiène, PROUST. — Médecine légale, BROUARDEL. — Histoire de la médecine et de la chirurgie, N. — Pathologie expérimentale et comparée, CHANTEMESSE.

Clinique médicale, MM. JACCOUD: HAYEM, DIEULAFOY, DEBOVE. — Clinique des maladies des enfants, GRANCHER. — Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale, JOFFROY. — Clinique des maladies syphilitiques, FOURNIER. — Clinique des maladies du système nerveux, RAYMOND. — Clinique chirurgicale, TERRIER, DUPLAY, LE DENTU, TILLAUX. — Clinique ophtalmologique, PANAS. — Clinique des maladies des voies urinaires, GUYON. — Clinique d'accouchement. BUDIN, PINARD. — Clinique gynécologique, POZZI. — Clinique chirurgicale infantile, KIRMISSON.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEGUEU	TEISSIER
ALBARRAN	DUPRE	LEJARS	THIERY
ANDRÉ	FAURE	LEPAGE	THIROLOIX
BONNAIRE	GAUCHER	MARFAN	THOINOT
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA André	TOURETTE	MÉNÉTRIÉR	VARNIER
CHARRIN	HARTMANN	MERY	WALLICH
CHASSEVANT	HEIM	REMY	WALTER
DELBET	LANGLOIS	ROGER	WIDAL
	LAUNOIS	SEBILEAU	WURTZ

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend leur donner aucune approbation ni improbation,

A MONSIEUR LE DOCTEUR SIREDEY

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Professeur à la Faculté de médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'honneur

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES, SOEUR ET BELLE-SOEUR

AUX FAMILLES DAIREAUX ET PARMENTIÉ

A MES AMIS

Introduction

Ayant vu que l'étude des températures morbides locales qui, pendant près d'un demi siècle, avait donné lieu à des travaux nombreux et éminents, était à peu près délaissée depuis 1884, nous avons cru qu'il serait intéressant de faire de nouvelles recherches à ce sujet.

Nous avons pu recueillir dans le service de M. le Docteur Siredey plusieurs observations pleines d'intérêt, que nous n'avons pu suivre malheureusement que pendant un laps de temps trop court. C'est de l'étude de ces observations, où la thermométrie locale occupe une large place, que nous faisons le sujet de notre thèse.

Dans une première partie, nous abordons l'histoire de la question, historique que nous avons abrégé, car à côté des nombreux travaux que nous signalons il nous eût fallu en citer beaucoup d'autres produits tant en France qu'à l'étranger, dont l'énumération eut été trop longue et qu'on retrouvera par ordre chronologique à l'index bibliographique.

Dans une seconde partie, après quelques notions sur la thermométrie locale, nous exposons les difficultés de la méthode.

Dans une troisième, nous reproduisons nos observations en les faisant suivre de leur explication.

Enfin nous terminons par l'énumération des conclusions que nous avons cru pouvoir en tirer.

Nous nous sommes attaché surtout dans notre étude au côté clinique. Celle-ci est loin d'être complète. Nous regrettons de ne pouvoir soumettre à l'appréciation de nos juges, dont nous réclamons toute l'indulgence, un plus grand nombre d'observations, qui, pouvant donner plus d'autorité aux faits énoncés par nous, eussent été plus concluantes.

Que M. le Docteur Siredey, qui nous a inspiré le sujet de ce travail, veuille bien nous permettre de lui adresser l'expression de notre vive gratitude pour les excellents conseils qu'il n'a cessé de nous donner.

Nous sommes heureux aussi de remercier bien sincèrement nos maîtres dans les hôpitaux. MM. Gaucher, Campenon, Grancher et Budin, qui nous ont toujours témoigné le plus vif intérêt, pendant toute la durée de nos études médicales.

Que Monsieur le Professeur Hutinel veuille bien agréer l'expression de notre respectueuse reconnaissance, pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Historique

Depuis les temps hippocratiques, on avait constaté par le simple palper des modifications thermiques dans les régions malades, témoin cet aphorisme du père de la médecine : « Dans le corps là où est de la chaleur ou du froid là est la maladie » (Hippoc. Aphor. 39, t. IV, p. 517).

Ailleurs, pour reconnaître l'endroit où il faut inciser ou brûler dans un cas d'empyème, il recommande de recouvrir la poitrine du malade d'un linge enduit de terre rouge, bien passée et imbibée d'eau tiède ; là où la terre se séchera, là il faudra inciser ou brûler.

Galien, lui aussi, tâtait la peau de ses malades et jugeait de l'intensité et de la qualité de la chaleur *suavis aut mordax*.

Mais, si dès Hippocrate et Galien on arrivait à constater une différence thermique par le palper, il faut attendre jusqu'à la fin du XVII^e siècle pour voir le mathématicien Borelli appliquer le thermomètre à la médecine et à la physiologie.

Au commencement du siècle suivant, le célèbre médecin de l'Université de Leyde, Boerhaave, parlant des chaleurs locales (chaleurs externe et interne), s'exprimait ainsi : « *Semper requirit majorem ignis copiam in illo loco quem plus calefacit.* » Il démontrait en outre l'utilité du thermomètre de Fahrenheit appliqué à la médecine.

A peu près à la même époque un chirurgien anglais, John Hunter, cherche à apprécier l'hyperthermie dans une hydrocèle après ponction et injection irritante : « de toutes les observations, dit-il, que j'ai faites, il résulte qu'une inflammation locale ne peut pas élever la chaleur de la partie au-dessus de la température naturelle de l'animal, et que lorsqu'elle a son siège dans des parties dont la température naturelle est inférieure à celle qui existe à la source de la circulation, elle ne l'élève même pas jusqu'à cette dernière. »

Becquerel et Breschet signalent une élévation de température dans des cas d'adénite aiguë. Ils se servaient dans leurs recherches d'appareils thermo-électriques.

En 1846, Routier avait constaté, sans donner d'observations, que la chaleur augmente dans les parties paralysées.

En 1856, dix ans plus tard, Demarquay soutient que la chaleur locale est la cause de la chaleur générale.

Billroth, Otto Weber, Hufschmidt et Huppert lui

objectent que l'inflammation locale a peu d'influence pour élever la température du corps au-dessus de la normale.

Le 4 mars 1857, Broca, dans un rapport lu à la Société de Chirurgie, montre une élévation de température amenée par un anévrysme variqueux, élévation qu'il croit causée par la congestion des capillaires cutanés au-dessous de l'anévrysme dans le membre malade.

Quatre ans plus tard, à la même Société, il rapporte qu'on peut diagnostiquer l'embolie des membres d'avec l'oblitération artérielle diffuse de la thrombose et de l'artérie : « Dans l'embolie, dit-il, il y a élévation de la température au niveau de la lésion, diminution dans les parties situées au-dessous. Au contraire, dans l'oblitération de toute l'étendue d'une artère principale, la température va en diminuant progressivement de la racine du membre à son extrémité. » C'est donc le résultat fourni par le thermomètre qui décidera de l'opportunité de l'amputation d'un membre. Ces recherches conduisent Broca à l'étude des températures cérébrales, en 1865.

De son côté le professeur Peter, dans un pli déposé en 1864, à l'Académie de Médecine et lu en séance par Tardieu en 1867, conclut qu'il existe dans les paralysies un rapport inverse de la température et de la sensibilité : dans la partie hyperesthésiée, tempéra-

ture plus basse que dans la partie homologue saine ; le contraire pour la partie anesthésiée.

En 1868, Lépine constate que, dans l'hémiplégie récente, le côté paralysé est plus chaud que le côté sain.

En 1873, Gassot, dans sa thèse inaugurale inspirée par son maître Gubler, énumère, sans en tirer de conclusions, de nombreuses causes capables d'élever ou d'abaisser la température locale, étudiant cette température à l'état physiologique et à l'état pathologique dans la pleurésie, la pneumonie, le rhumatisme, la variole, l'érysipèle, l'anévrysme, etc.

En 1875, Jobbé-Duval, élève de Peter, prenant la température pariétale dans la pleurésie, constate après la ponction une élévation du côté malade, un abaissement au contraire après une saignée. Il ne fait que reproduire les observations que son maître publie à cette époque dans ses premières leçons de clinique médicale.

Le 10 septembre 1878, Peter fait une communication à l'Académie de médecine sur la température morbide au niveau des foyers tuberculeux, communication qu'il a reproduite dans son deuxième livre de ses leçons de clinique.

Huit jours après, le 17 septembre 1878, à cette même Académie, le docteur Vidal (d'Hyères) lit une note sur la surélévation thermométrique locale au niveau des lésions pulmonaires d'origine bacillaire.

En auscultant un poitrinaire il avait été surpris de la sensation de chaleur perçue par son oreille appliquée sur la poitrine de son malade.

A peu près à la même époque, dans une lettre adressée au professeur Peter, le docteur Evariste Michel, de Cauterets, rapporte qu'il avait été frappé de ce fait « qu'en auscultant on pouvait sentir des foyers partiels et isolés de chaleur que présentent, en quelques points circonscrits, les poumons de certains tuberculeux, qui, si l'on peut dire, brûlent l'oreille. »

En 1879, Bagnérís, dans sa thèse inspirée par Peter arrive aux conclusions suivantes : il y a élévation de la température locale au niveau d'un foyer tuberculeux : si les deux sommets pulmonaires sont atteints, cette élévation sera plus forte du côté où les lésions seront elles-mêmes plus avancées. Au moment d'une hémoptysie, le thermomètre monte avant et pendant pour descendre lorsque celle-ci est arrêtée. C'est dans la bacillose à forme bronchitique, et encore plus dans la pneumonie caséeuse, que l'on constate la plus grande élévation thermique locale. La révulsion fait baisser la température locale.

Quand à la dyspepsie et à la chlorose, elles n'ont aucune influence sur la température pariétale ; d'où il s'en suit que l'on peut diagnostiquer, avec le thermomètre, une dyspepsie et une chlorose non bacillaires d'avec une tuberculose. Mêmes conclusions que Peter.

La même année, l'allemand P. Philip, examinant

un grand nombre de pneumonies et de pleurésies; observe dans la majeure partie des cas une augmentation de la température locale du côté malade.

Dans une communication faite l'année suivante à la Société de Biologie par Brébion, celui-ci trouve que la face interne du bras chez les tuberculeux donne exactement la même température que le sommet malade.

Quelques mois plus tard, à cette Société, Redard rapporte que dans la pleurésie et la pneumonie le côté sain et le côté malade sont au même degré thermométrique. S'il y a une différence, celle-ci n'est que de deux à trois dixièmes de degré; mais alors l'hyperthermie existe, non seulement au niveau du foyer inflammatoire, mais encore dans toute l'étendue du thorax. Dans les états fébriles la température locale se rapproche de la température centrale, mais jamais ne la dépasse. Dans une autre note qu'il lit, toujours à la Société de Biologie, en août 1882, il constate dans la phtisie au premier degré une élévation thermique de cinq à huit dixièmes de degré en faveur du côté lésé, cette élévation s'étendant aussi bien aux endroits non lésés du même poumon.

Dans l'intervalle de temps compris entre ces diverses communications avaient paru la thèse de Hunkiarbeyendan (1880), résumant les différentes recherches faites à ce moment sur la thermométrie locale, la thèse de Parizot (1881) étudiant l'hyperthermie

de 4 à 5 degrés au niveau des tumeurs blanches, un peu moindre; 2 à 3 degrés, au niveau des abcès froids, et l'hypothermie de la peau qui recouvre un lipôme; la thèse de Oudin, élève de Peter, reproduisant les conclusions de son maître, dans un seul cas de phtisie, la thèse de G. Sarda, de Montpellier, relatant des résultats à peu près identiques, et celle de Sabatier de Montpellier, sur la température locale dans les lésions du cœur.

A la même époque, Von Anrep, tout en reconnaissant qu'il y a hyperthermie du côté où il y a processus inflammatoire, trouve une hypothermie locale sur la paroi qui se trouve en rapport avec une caverne pulmonaire.

En 1883, appliquant sa méthode à l'étude des maladies de l'abdomen, Peter trouve avec la thermométrie locale un nouveau signe de diagnostic différentiel entre l'ascite et la péritonite : dans l'ascite d'origine inflammatoire (péritonite, cancer, etc.), il y a hyperthermie locale ; dans l'ascite non inflammatoire, (lésion du cœur et du foie), pas d'hyperthermie. Prenant en outre la température de l'hypochondre droit au moment d'une crise de colique hépatique, il la trouve toujours supérieure à celle de l'hypochondre gauche. De même il constate une élévation thermique au niveau de la région épigastrique, dans le cas d'ulcère stomacal ou de gastrite (Gazette des hôpitaux 1883).

En 1844, citons la thèse de Mondon passant en revue les diverses méthodes de thermométrie locale.

Enfin en 1888, Kunkel, étudiant la température cutanée à l'état physiologique, a trouvé à l'aide d'appareils thermoélectriques, que cette température oscillait autour de $34^{\circ}3$, soit 3 degrés de moins que la température rectale. La peau qui recouvre les muscles est toujours un peu plus chaude que celle qui protège les os, les tendons et les articulations. La contraction musculaire élève de 0°6 la température de la peau sus-jacente. Kunkel admet, comme conclusion générale, que, malgré les grandes variations du milieu extérieur capable d'affecter la circulation cutanée, la température de la peau est sensiblement constante.

Ses recherches portaient sur la même personne. Or, nous serions tenté de croire, avec M. le professeur Charles Richet, qu'il y a pour ces températures périphériques de grandes variations individuelles.

Depuis 1888, les physiologistes ont pu faire des recherches sur la thermométrie cutanée au point de vue expérimental sur des sujets sains. Mais l'étude des températures morbides locales, qui pendant un demi-siècle, et surtout de 1873 à 1884, donna lieu à des conclusions non toujours concordantes, tant s'en faut, est tombée totalement dans l'oubli. Peut-être les cliniciens ont-ils été effrayés, rebutés par ces discordances, et aussi par les difficultés de la thermométrie locale.

La thermométrie locale et ses difficultés

La température du corps humain est la résultante de deux effets opposés : d'une part la production de chaleur due aux combustions organiques qui se passent dans tous les tissus, d'autre part la déperdition de calorique, soit par rayonnement, soit par conductibilité.

Tout en restant dans ses limites assez étroites, elle peut varier d'un sujet à un autre également sain, mais encore et beaucoup plus si on la prend en des endroits différents de l'organisme. Si la substance du corps était une, si sa texture était partout la même, cette température se retrouverait dans toutes les régions, à toutes les profondeurs. Il n'en est pas ainsi. La vascularisation est loin d'être égale dans tous les points de l'organisme : les tendons, les os, les cartilages, dans lesquels la circulation sanguine, ce véhicule de la chaleur, est à son minimum d'activité, engendrent peu de calorique, en même temps qu'ils s'échauffent et se refroidissent très difficilement. Les cavités viscérales, protégées par des

enveloppes plus ou moins épaisses, sont moins exposées à la déperdition de calorique que les extrémités et les parties périphériques.

La température d'une région dépend en effet de trois facteurs : 1° de la quantité de chaleur introduite ; 2° de la chaleur produite sur place ; 3° des pertes locales de calorique. Ces conditions n'étant pas les mêmes pour les diverses parties du corps humain, la température variera d'après ces conditions.

Des régions accessibles au clinicien, les unes reflètent plutôt l'intensité des combustions internes et, plus fidèles interprètes de la température générale, offrent peu de différence à l'état normal ; les autres présentent des écarts bien plus considérables et des variations subordonnées à de nombreuses influences : par les premières on doit entendre les régions profondes où la déperdition de calorique est à peu près constante, quelle que soit la région choisie, rectum, vagin, bouche, aisselle ; ces deux dernières accusent cependant une température un peu plus basse, le thermomètre étant soumis dans la bouche aux courants d'air aspiré et expiré, l'aisselle d'un autre côté ne formant pas une cavité aussi parfaite que le rectum ou le vagin. — Dans les secondes on doit comprendre la paroi cutanée, en rapport direct avec l'extérieur et soumise par conséquent à toutes les influences du milieu ambiant, en rapport plus ou moins direct, plus

ou moins intime avec des organes différemment vasculaires, sains ou malades.

Supposons un organe malade, enflammé : ce même organe sera le siège d'une congestion active, congestion due, pour certains auteurs, à l'augmentation de la pression artérielle par obstacle à la circulation d'une part, et diminution de la résistance des capillaires, produite par leur dilatation d'autre part, et pour d'autres auteurs à une dilatation des capillaires reconnaissant pour cause un trouble de l'innervation vasomotrice, et pour d'autres à l'irritation directe du tissu organique.

Mais, quelle que soit son explication, la congestion active s'accompagne toujours d'une élévation de température, qui reconnaît pour cause la suractivité de la circulation sanguine (chaleur apportée) et la suractivité des échanges nutritifs (chaleur née sur place). Ce fait, nié par Wunderlich, qui s'appuyait sur ce qu'il n'avait pas constaté d'élévation thermique locale à la suite de l'application d'un sinapisme, fut confirmé par Châtelet, en 1881, qui montra, à l'aide de nombreuses observations, que l'établissement de la sécrétion lactée après l'accouchement détermine dans le sein une hyperthermie, qui peut être même de 2 et 3 degrés.

Que l'inflammation soit limitée, dans le cas du furoncle par exemple, le foyer phlegmasique seul subit alors une élévation de température et les

régions voisines ne participent que fort peu au phénomène. Mais que le travail inflammatoire porte sur une région, sur un viscère, l'économie toute entière en subit le contrecoup, l'état fébrile survient et l'élévation de température est générale. Cependant une élévation relative se retrouvera encore dans la région enflammée, ou dans celle qui correspond à l'organe malade. Cet organe sera séparé de la peau par une épaisseur plus ou moins grande de tissus. Ces tissus sont eux-mêmes conducteurs de la chaleur à des degrés différents, les travaux de Laudois, de Bordier sont venus nous le démontrer. Aussi le thermomètre appliqué sur la peau accusera une température d'autant plus réelle, plus en rapport avec celle de l'organe sous-jacent, que ce thermomètre sera en contact plus intime avec ce même organe.

Mais rechercher la température en un point de la surface cutanée n'est pas chose si facile qu'on pourrait le croire tout d'abord.

Le clinicien se trouve en effet en butte à des difficultés nombreuses et inhérentes : 1° à l'expérimentateur lui-même ; 2° au malade ; 3° aux conditions dans lesquelles on agit ; 4° à l'appareil choisi.

1° *Difficultés inhérentes à l'expérimentateur.* —

Celui-ci devra faire preuve de patience. S'il veut être certain de l'exactitude des chiffres obtenus, il lui faudra ne pas se fier à un intermédiaire, infirmier ou malade, qui profiterait d'un moment d'inattention du

clinicien pour se reposer quelques instants en déposant le thermomètre, et fausser ainsi les résultats. Il sera donc obligé de tenir lui-même le thermomètre appliqué sur la paroi cutanée de son malade, et l'y maintenir pendant tout le temps qu'exigeront ses recherches, une heure s'il le faut. Pour parer à la fatigue à peu près inévitable, il sera obligé de s'asseoir et de donner au bras, dont la main tient le thermomètre, un point d'appui quelconque. En outre, se mettant en garde contre lui-même, il ne devra pas s'attendre à trouver le résultat cherché, tout expérimentateur ayant trop de tendance à élever ou abaisser un chiffre ou trop faible ou trop fort. On trouvera peut-être cette remarque un peu superflue, pour ne pas dire naïve ; nous la maintenons, certain que beaucoup de cliniciens, dans des recherches personnelles, n'en ont pas tenu assez compte. De plus le praticien consacrera le même temps à toutes ses recherches, si toutefois celles-ci sont semblables.

2° *Difficultés inhérentes au malade.* — Celui-ci, plus ou moins docile, ne supportera qu'avec peine une immobilité complète dans une position choisie, et pendant un laps de temps quelquefois assez long. Or il est difficile de l'obtenir d'une personne bien portante, encore plus d'un malade qui souffre le plus souvent.

3° *Conditions dans lesquelles on agit.* — De ce côté

de nombreuses causes d'erreur peuvent venir influencer sur les résultats. D'une part ce sont : l'état hygrométrique de l'atmosphère, la température de la salle où se trouve le malade, les courants d'air (portes et fenêtres ouvertes) auxquels est exposé ce malade plus ou moins susceptible aux agents physiques. D'une autre part, celui-ci ne devra s'être livré à aucun travail, aucune fatigue capable d'élever momentanément la température locale ; on sait en effet que tout travail, tout effort exagère les combustions organiques, exagération qui se traduit par une élévation thermique. Il faudra s'assurer en outre qu'il ne vient pas de prendre un bain. On évitera aussi de placer le thermomètre sur une surface cutanée, sur laquelle un sinapisme a été appliqué peu de temps auparavant. De plus à côté du point où ce thermomètre est appliqué, il y a le reste de la paroi cutanée soumise à la déperdition de calorique, déperdition variable et capable d'influencer la température de la partie explorée par conductibilité ou rayonnement. Il faut éviter en outre de prendre la température locale sur un sujet en sueur, cette sueur étant capable de modifier les chiffres thermiques.

4° *Difficultés inhérentes à l'appareil.* — Quel appareil choisir ? Les appareils, dont se sont servi les expérimentateurs en thermiètrie locale, ont été le plus souvent des thermomètres à mercure. La forme en a beaucoup varié, les uns vantant le réservoir spiralé.

d'autres le réservoir discoïde, d'autres le réservoir conique.

Alvergniat, Voisin et Parizot employaient un thermomètre à mercure dont le réservoir contenait à peine trois millimètres cubes de mercure.

P. Philip et Lépine. Thermomètre à mercure à cuvette spiralee.

Von Aurep. Thermomètre à mercure à cuvette plate et élargie.

Broca, Peter, Oudin. Thermomètre ordinaire à réservoir recouvert de sachets d'ouate.

Burcq. — Thermomètre hélicoïde formé d'un long tube en spirale et d'un réservoir en forme de cuvette plate qui peut être appliquée sur la peau par une large surface. Un petit manchon formait couvercle sur le réservoir et le protégeait contre l'air extérieur.

Constantin Paul. Thermomètre à cuvette spiralee placée dans un capuchon en caoutchouc, capuchon communiquant par un tube avec une poire à aspiration.

Seguin (de New-York). Thermomètre à mercure à réservoir aplati et de petite dimension.

Becquerel, Breschet, Gassot, Redard, Kunkel et Paul Bert se servaient d'appareils thermoélectriques.

Quant à nous, nous avons employé un thermomètre à maxima à cuvette spiralee (spirale à grand axe perpendiculaire à la tige). Cette cuvette est abritée contre l'air extérieur par un manchon en verre soudé

à la tige, manchon dont le bord libre est situé sur le même plan que la cuvette, de façon que manchon et réservoir viennent appuyer également sur la peau, lorsque le thermomètre est appliqué.

Mais comment se servir de ces thermomètres ? Le thermomètre ordinaire, à cuvette sphérique, cylindrique ou conique, bon pour s'enfoncer dans des cavités (rectum ou vagin) ou pseudo-cavités (aisselle), ne peut plus s'appliquer sur une paroi plane que couché sur cette paroi. C'est ce que faisaient Broca, et après lui Peter et Oudin : « plaçant le thermomètre dans le deuxième espace intercostal, la cuvette à 2 ou 3 centimètres du sternum, la tige parallèle à l'espace intercostal, la cuvette et la partie inférieure de l'instrument recouverts d'un petit morceau d'ouate qui permet d'exercer une compression élastique sur le thermomètre et de l'enfoncer, pour ainsi dire, dans l'espace, le rapprochant le plus possible du poumon malade, dans le cas de tuberculose pulmonaire ».

Mais ces petits morceaux d'ouate pouvaient être une cause d'erreur, ainsi que le disait le médecin du Val de Grâce, Lereboullet, arguant ce fait que le tampon d'ouate pouvait exciter la sécrétion sudorale en empêchant l'évaporation cutanée locale.

En outre, ce thermomètre ordinaire ne pouvait servir dans tous les cas, car il fallait, pour l'appliquer, comme le faisait Peter, une paroi assez dépressible et déjà creusée en gouttière, comme l'espace intercostal.

Aussi avons-nous donné la préférence au thermomètre que nous avons décrit plus haut. Comme il n'est pas d'instrument qui n'ait de défaut, nous lui en avons reconnu quelques-uns. 1° C'est d'abord son extrême fragilité ; il se brise facilement à l'union de la tige et du réservoir ; 2° il est assez long à donner la température et à se mettre en équilibre, aussi faut-il prendre la précaution de l'échauffer dans sa main au préalable, et ne le retirer qu'un quart d'heure au minimum après son application ; 3° la difficulté qu'on éprouve à faire descendre la colonne mercurielle : on est obligé d'imprimer au thermomètre d'assez violentes secousses qui peuvent le briser ; 4° la pression qu'on lui fait subir quand on le tient appliqué sur la peau ne doit pas être trop forte, une pression exagérée étant capable d'amener une élévation thermométrique, qui peut aller jusqu'à 1 degré et plus.

Muni de ce thermomètre, nous l'avons appliqué sur les points de la surface cutanée, dont nous voulions connaître le degré thermique. Nous l'avons maintenu un quart d'heure pour chaque recherche, en lui faisant subir une pression que nous nous sommes efforcé de rendre à peu près constante, ce pendant que nous prenions la température rectale. Nous ne découvrons la région à explorer que le temps nécessaire à la recherche. Nous n'avons pas cru, en effet, de notre droit de découvrir au préalable pendant une demi-heure, comme le faisaient quelques expérimentateurs,

la peau à explorer, ne voulant pas exposer notre malade à l'influence des courants d'air si fréquents dans une salle d'hôpital.

On viendra nous objecter que nous n'avons pu prendre la température de nos malades dans les mêmes conditions atmosphériques, d'exposition à l'air, d'instrumentation. À cela nous répondrons : ceci se rapporte exclusivement à l'exactitude absolue d'une température cutanée, mais les objections n'existent plus, et il y a peu de réserves à faire, si on ne fait que comparer la température des deux côtés du corps chez un même individu, car il est évident qu'alors, les conditions atmosphériques étant les mêmes, il est relativement facile de se mettre dans des conditions identiques de temps et d'instrumentation.



Observations

OBSERVATION I (Personnelle)

Tuberculose pulmonaire au début)

B... Eugénie, âgée de 25 ans, domestique, est entrée le 26 avril 1901, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Chomel, dans le service de M. le Docteur Siredey.

Interrogée sur ses antécédents de famille, elle nous apprend que deux de ses frères sont morts de bacillose, l'un à l'âge de 31 ans, l'autre à 25 ans.

Réglée à 12 ans, ses règles toujours régulières, étaient peu abondantes. Pas de leucorrhée.

Aucune maladie antérieure, si ce n'est une grippe légère pour laquelle elle vient d'être soignée chez sa sœur.

Ayant maigri et perdu une grande partie de ses forces depuis un mois, et de plus s'essouffant facilement, elle s'est décidée à quitter ses patrons pour entrer à l'hôpital.

Le 5 mai, jour où nous la voyons, la malade est assez amaigrie. Les yeux sont vitreux, les conjonctives et les gencives pâles, presque exsangues.

Le système pileux est normal. Les ongles sont hippocratiques, les creux sus et sous-claviculaires un peu prononcés, bien que non exagérés.

La malade est assez abattue. Elle a peu d'appétit et ne peut dormir. Pas de dyspepsie. Jamais de diarrhée. Plutôt de la tendance à la constipation.

Néuralgie intercostale droite. Pas d'épistaxis, pas de vertige. Pas de bourdonnement d'oreilles.

La température rectale étant assez élevée (38°7), et la malade présentant un abattement insolite, on songe tout d'abord à un début de fièvre typhoïde. Cependant la malade a de la constipation, n'a pas de gargouillements et de douleur dans la fosse iliaque droite, pas de taches rosées lenticulaires, et le séro-diagnostic reste négatif. Le pouls assez bon est à 120.

La malade toussant de temps en temps, et s'enrhumant facilement l'hiver, et de plus ayant maigri, on examine sa poitrine. A la percussion on note, en avant une tonalité plus élevée à gauche qu'à droite, une élasticité moindre ; en arrière, la fosse sus-épineuse gauche se distingue de celle du côté opposé par une submatité frisant la matité. En outre, en avant la pression détermine dans le creux sous-claviculaire et les deux premiers espaces intercostaux une légère douleur.

A l'auscultation, on trouve plus prononcée en arrière qu'en avant et à gauche, au sommet, une inspiration saccadée, rude ; l'expiration est prolongée, légèrement soufflante. En avant, l'oreille perçoit quelques craquements lorsqu'on fait tousser la malade. A droite, inspiration rude et expiration prolongée, sans craquements.

Pas de souffles vasculaires. Cœur normal.

Les éléments pour faire un diagnostic ferme nous paraissant insuffisants, et en raison du facies de la malade, Monsieur le Docteur Siredey, songeant à la tuberculose pulmonaire à forme aiguë, nous conseille de prendre la température locale des deux sommets.

Nous trouvons :

6 mai. — Température pariétale gauche. 37.3

— — droite.. 36.8

— Température rectale — 38.8

Traitement : enveloppements humides et régime lacté.

9 mai. — Température pariétale gauche. 37.2

— — droite.. 36.8

— Température rectale — 39

Le pouls est à 110. La percussion et l'auscultation donnent absolument les mêmes résultats que le 5 mai.

On continue le même traitement.

13 mai — Température pariétale gauche. 38.9

— — droite.. 38.2

— Température rectale — 39.6

Pouls à 130. Malade très abattue. Anorexie complète. Expectoration presque nulle. Un peu de transpiration nocturne. A l'auscultation, les craquements qu'on entendait le premier jour au sommet gauche en avant sont devenus plus nets. Même traitement.

20 mai. — Température pariétale gauche. 36.9

— — droite.. 36.2

— Température rectale — 38.6

La malade va mieux. Bien moins abattue, elle est devenue un peu plus gaie. La température rectale, un peu élevée

le soir, est devenue à peu près normale le matin (36.8). L'expectoration est toujours peu abondante. Le pouls est à 90.

On a cessé les enveloppements humides, et on commence à alimenter la malade.

25 mai. — Température pariétale gauche. 36.8

— — droite.. 36.2

— Température rectale — 37.5

La malade va de mieux en mieux. Elle mange de bon appétit. Elle tousse de temps en temps, mais crache peu. La température rectale oscille entre 36.8 et 37.5.

Mêmes signes physiques. On continue à alimenter la malade, mais on ne lui permet pas encore de sortir.

1^{er} juin. — Température pariétale gauche. 36.6

— Température pariétale droite.. 36.1

— Température rectale — 37.

La malade sort depuis deux jours. Elle mange bien et dort mieux. Mêmes signes à la percussion et à l'auscultation.

6 juin. — Température pariétale gauche. 36.7.

— Température pariétale droite.. 36.2

— Température rectale — 37.2

Le 10 juin, elle quitte l'hôpital pour aller à la campagne. Son état général est assez bon. Quant à celui de ses poumons, il est à peu près le même que le premier jour. On entendrait peut être plus facilement les craquements secs du sommet gauche.

Voilà l'observation d'une tuberculeuse qu'on aurait pu prendre au début pour une chlorotique, chez qui aurait évolué une grippe ou une dothiéntérie. Nous

avons peu de signes en faveur d'une chlorose pure (faiblesse, anémie, sans souffles vasculaires).

Par contre, l'état de demi-stupeur de la malade, la courbe de la température auraient pu faire croire à une fièvre typhoïde. Mais cette malade plutôt constipée, n'ayant pas eu d'épistaxis, avait un pouls à 130. On ne trouvait en outre ni gargouillements, ni douleur dans la fosse iliaque droite. On n'apercevait aucune tache rosée lenticulaire, et le séro diagnostic restait négatif. L'interrogatoire de la malade nous ayant appris qu'elle toussait de temps en temps, nous examinons sa poitrine, et nous trouvons aux sommets pulmonaires des signes qui, bien que finesse de percussion et d'auscultation, nous font croire à une bacillose au début. La thermométrie locale est venue nous confirmer dans notre diagnostic. Que constatons-nous en effet ?

La température intercostale moyenne étant de 35°8, et la température rectale moyenne 37°2, nous notons, dans le tableau suivant, l'écart entre les températures intercostales et rectales que nous avons trouvées et les températures moyennes (la température locale était prise dans le deuxième espace intercostal, à deux ou trois centimètres du sternum).

Temp. par. gauche		Temp. par. droit.	Temp. rect.	Ecart ent. les temp. par.
6 mai...	1°5	+ 1°	+ 1°6	0°5
9 mai...	1°4	1°	1°8	0°4
13 mai...	3°1	2°4	2°4	0°7
20 mai...	1°1	0°4	1°4	0°7
25 mai...	1°	0°4	0°3	0°6
1 ^{er} juin...	0°8	0°3	— 0°2	0°5
6 juin...	0°9	0°4	norm.	0°5

On voit, par ce tableau, que, pendant tout son séjour à l'hôpital, la malade avait une température intercostale plus élevée que la moyenne aux deux sommets, le sommet gauche ayant une température locale plus élevée. La différence thermique entre les deux sommets oscille entre 4 et 7 dixièmes de degré. D'après le thermomètre, les deux poumons sont donc lésés et le gauche l'est plus que le droit.

Nous reportant de nouveau au tableau ci-dessus, on constate que la température pariétale suit la température rectale dans ses oscillations. Le 13 mai, le thermomètre accuse même une élévation plus notable (3°1) pour le sommet gauche, et le même écart (2°4) pour le droit, que pour la température rectale (2°4). C'est ce qui faisait dire au professeur Peter, observant le même fait, que ce n'est pas la fièvre qui fait le tubercule mais le tubercule qui fait la fièvre.

Nous remarquerons en outre dans cette observation que, sous l'influence du traitement, la disparité thermique, existant entre les deux sommets pulmonaires, est revenue à la fin au même niveau (5/10) qu'au début ; les lésions, qu'on constatait à l'examen des poumons, étaient restées à peu près stationnaires.

En somme, la thermométrie locale est venue affirmer notre diagnostic : tuberculose pulmonaire au début à forme typhoïde, se rapprochant de ce que Monsieur le professeur Landouzy a décrit sous le nom de typhobacillose.

OBSERVATION II (personnelle)

Tuberculose pulmonaire au début

Le nommé H..., âgé de 42 ans, voilier, entre le 9 mai 1901, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Bichat, dans le service de M. le Docteur Siredey.

Antécédents héréditaires nuls.

Pas de maladie antérieure.

Deuis quelques temps le malade se plaint de se fatiguer très vite et de s'essouffler facilement. Il tousse de temps en temps mais ne crache pas. Digestion assez pénible. Pas de diarrhée. Anorexie assez marquée.

En outre, il raconte qu'il a maigri d'une façon notable.

Actuellement il se présente à nous dans l'état suivant : les

Etienne

scélérétiques sont bleutées, le système pileux assez développé. Les ongles sont nettement hippocratiques.

Le malade transpire nuit et jour. Il tousse fréquemment depuis quelques jours, toux sèche et brève qui le fatigue. Sa langue est sale, sa respiration un peu rapide. Son pouls est à 120. Jamais de crachements de sang. Anorexie assez marquée.

A la percussion du thorax, on constate une diminution d'élasticité et une tonalité plus élevée dans les fosses sus et sous-épineuses droites, à l'auscultation une inspiration à triple saccade et une expiration prolongée.

Au sommet gauche en arrière, l'inspiration est rude, soufflante et l'expiration prolongée.

A droite et en avant, on perçoit quelques craquements, si on a soin de faire tousser le malade.

Ces signes étant trop peu nets pour affirmer un diagnostic, nous décidons, sur les conseils de Monsieur le Docteur Siredey, de prendre la température locale au niveau des sommets pulmonaires, et nous trouvons :

10 mai. —	Température pariétale gauche.	36.1
—	—	droite.. 36.5
—	Température rectale	— 38.4

Le malade est soumis pendant quelques jours au régime lacté, et garde le repos au lit.

14 mai. —	Température pariétale gauche.	37.1
—	—	droite.. 37.5
—	Température rectale	— 38.6

Même signes à la percussion et à l'auscultation. Expectoration presque nulle.

15 mai. — Température pariétale gauche. 37.

— — droite.. 37.4

— Température rectale — 38.8

Mêmes signes physiques. Même traitement. Le malade semble aller un peu mieux.

18 mai. — Température pariétale gauche. 36.

— — droite.. 36.5

— Température rectale — 37.8

Etat général bien meilleur. Le malade s'alimente depuis la veille. En outre il commence à sortir. Mêmes signes à la percussion. A l'auscultation on perçoit quelques craquements secs sous la clavicule droite, ainsi que dans la fosse sous épineuse du même côté.

21 mai. — Température pariétale gauche. 36.3

— — droite.. 36.7

— Température rectale — 37.5

25 mai. — Température pariétale gauche. 36.2

— — droite.. 36.5

— Température rectale — 37.4

Le malade est en ce moment en bon état. L'appétit lui étant revenu, il s'alimente assez bien. Il se fatigue moins facilement que les premiers jours et dort mieux, malgré des sueurs nocturnes. Il tousse moins et son expectoration est toujours à peu près nulle. Devant aller à la campagne, il quitte l'hôpital. Nous ne l'avons pas revu depuis son départ.

C'est encore l'observation d'une tuberculose pulmonaire au début. Les signes physiques, constatés,

très peu nets, sont cependant plus accusés au sommet droit qu'au sommet gauche.

Notant, comme précédemment, la surélévation thermique, nous trouvons :

	Temp. par. gauche.	Temp. par. droite	Tempér. rectale	Ecart entre les tempér. pariétales.
	—	—	—	—
10 mai...	0.3	0.7	1.2	0.4
14 mai...	1.3	1.7	1.4	0.4
15 mai...	1.2	1.6	1.6	0.4
18 mai...	0.2	0.7	0.6	0.5
21 mai...	0.5	0.9	0.3	0.4
25 mai...	0.4	0.7	0.2	0.3

La température est plus élevée que normalement aux deux sommets. Il y a une disparité thermique de 4 à 5 dixièmes de degré entre les deux poumons, disparité en faveur du poumon droit. L'élévation locale coïncide avec l'élévation générale de la température, la température pariétale s'élevant proportionnellement à la température rectale, et d'une façon plus notable même que cette dernière les 14, 18, 21 et 25 mai, du côté droit.

Ainsi que nous l'avons constaté dans l'observation précédente, et comme nous le constaterons encore, les températures locales ne sont donc pas toujours sous la dépendance de la température centrale.

Le thermomètre nous montre que les deux poumons sont malades, le droit plus que le gauche. Les résultats de la thermométrie locale sont ainsi bien concordants avec les signes révélés par la percussion et l'auscultation.

OBSERVATION III (Personnelle)

(Tuberculose pulmonaire au début).

L..., 27 ans, journalière. est entrée le 9 mai 1901, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Chomel, dans le service de M. le docteur Siredey.

Antécédents héréditaires. — Parents morts cardiaques.

Antécédents collatéraux. — 6 frères morts de méningite à l'âge de 4 ans.

Réglée à 15 ans, les règles ont toujours été peu régulières. Leucorrhée abondante.

La malade eut la grippe il y a trois ans. Depuis cette époque, elle tousse de temps en temps. En outre elle dit avoir maigri énormément depuis un an.

Il y a quatre mois, elle eut quelques crachements de sang qui ne se sont pas renouvelés.

Mariée, elle a perdu un enfant de 18 mois, atteint de bronchite capillaire, une fille âgée de 15 jours, morte de méningite, et un garçon de 8 jours.

En outre deux fausses couches, l'une de 3 mois, l'autre

de 2 mois. En ce moment elle entre à l'hôpital pour une troisième fausse couche.

Actuellement la malade est très maigre. Les sclérotiques sont bleutées, les gencives et les conjonctives sont anémiées.

Les creux sus et sous-claviculaires sont très prononcés, les clavicules et omoplates saillantes, les espaces intercostaux très visibles. Sous la clavicule gauche on constate des traces de pointes de feu assez récentes. La malade s'essouffle facilement.

Cœur normal. Pas de dyspepsie. Pas de diarrhée.

Examen des poumons. -- A la percussion, matité franche au sommet gauche, en avant et en arrière, plus prononcée en arrière, matité moindre au sommet droit ; élasticité très diminuée des deux côtés. A l'auscultation on trouve, au sommet gauche une inspiration saccadée, légèrement soufflante, une expiration prolongée. A droite on note les mêmes signes, avec des craquements secs.

La température locale est prise au niveau des deux sommets et on trouve :

9 mai. —	Température pariétale gauche....	36.4
—	— droite . . .	36.2
—	Température rectale.....	37.6

Traitement. -- Suralimentation et repos au lit.

La malade est examinée au point de vue génital. On constate un col utérin mou, entr'ouvert, un utérus assez gros, dépassant la symphise pubienne. L'examen au speculum nous fait apercevoir, entre les deux lèvres du col, une petite masse arrondie qu'on pourrait prendre pour un œuf non expulsé. Ne pouvant obtenir aucun renseignement précis de la malade, et la température générale restant stationnaire,

on se décide de temporiser. Lavements laudanisés. Injections vaginales chaudes, et immobilité complète au lit.

13 mai. - -	Température pariétale gauche..	37.5
—	— droite...	37.2
—	Température rectale.....	37.9

Mêmes signes à l'examen de la poitrine. La palpation nous fait constater sur la deuxième côte gauche, presque à son union avec le sternum, un point douloureux très limité, ostéite probable

Examinant de nouveau la malade au point de vue génital, on s'aperçoit que ce que nous avons pris pour un œuf non expulsé n'était qu'un débris placentaire, flottant entre les deux lèvres du col, et n'ayant amené aucun phénomène septique.

Les jours suivants, on fait le curettage de la cavité utérine. La malade garde le repos au lit.

Traitement. — Injections chaudes.

20 mai. —	Température pariétale gauche..	36
—	— droite...	36.4
—	Température rectale.....	37.2

Mêmes signes physiques à la percussion et à l'auscultation des sommets. Craquements plus nombreux sous la clavicule droite. Douleur moindre à la pression au niveau du point d'ostéite de la seconde côte gauche.

Même traitement.

23 mai. —	Température pariétale gauche..	36.2
—	— droite ..	36.6
—	Température rectale.....	37.2

L'auscultation nous révèle des râles sous-crépitaux un

peu humides au niveau de la fosse sous-épineuse droite. On entend quelques craquements secs au sommet gauche.

Traitement: Suralimentation, repos et injections chaudes.

1^{er} juin. — Température pariétale gauche.. 36.3

— — droite... 36.4

— Température rectale — 37.6

Examinant la malade au point de vue génital, on trouve un col utérin presque fermé, un utérus diminué de volume. On conseille à cette femme de garder le repos pendant 8 jours encore. Mais, dans la journée, elle se décide de quitter l'hôpital.

Ici encore, on constate que les températures pariétales droite et gauche sont supérieures à la température normale de 4 à 8 dixièmes de degré.

Il existe une disparité persistante entre les températures des deux sommets pulmonaires, disparité qui est au début en faveur du poumon gauche, et ensuite en faveur du poumon droit. Mais du côté gauche on a remarqué sur la seconde côte un point d'ostéite, qui, véritable foyer thermogène, est capable d'influencer en plus le thermomètre.

Le 13 mai, il y a élévation de la température locale en même temps qu'élévation de la température rectale, mais plus notable pour la première. Que s'est-il donc passé? Nous voyons que ce jour là la malade était sous la menace d'une infection puerpérale. Le thermomètre marquait 37.9 dans le rectum. Faut-il

voir une corrélation entre cette rétention d'un débris placentaire, commençant à s'infecter, et la surélévation thermique locale au niveau du poumon par suite de l'aggravation de la lésion sous cette influence ? Nous serions en droit de le supposer ; cependant les signes physiques étaient à peu près les mêmes qu'au début.

Enfin le 25 mai, alors que la température rectale est normale (37.2), nous voyons que la température pariétale atteint son chiffre le plus fort (36.6). Cette persistance de l'élévation thermique locale ne montre-t-elle pas, ainsi que dans les observations précédentes, que la température générale est, dans ce cas, sans action sur la température locale ?

En résumé, lésions pulmonaires existant des deux côtés et semblant plus accentuées au sommet pulmonaire droit.

OBSERVATION IV (personnelle)

(Bacillose pulmonaire à la 3^e période)

Cher... Lucien, âgé de 21 ans, cartonnier, est entré à l'hôpital Saint-Antoine, salle Malgaigne, dans le service de M. le docteur Siredey, le 24 mai 1901.

Antécédents. — Père mort bacillaire à 39 ans. Frère probablement bacillaire.

Maladies antérieures. — Scarlatine à 16 ans. Rhumatisme à 20 ans.

Malade depuis un an. Facies caractéristique. Yeux vitreux, sourcils développés. Figure pâle avec joues creuses et pommettes saillantes. Ongles hippocratiques. Amaigrissement assez prononcé. Névralgies intercostales. Essoufflement facile.

Toux fréquente. Voix presque éteinte. Expectoration nummulaire abondante avec quelques filets de sang. Pas de dyspepsie. Appétit assez bien conservé. Pas de diarrhée. Sueurs nocturnes profuses.

Le 19 mai. — Hémoptysie d'un verre de sang.

Examen des poumons (24 mai). — Matité aux deux sommets en avant et en arrière. Expiration très prolongée. Lésions croisées.

Sommet droit. — En arrière, grosse caverne.

— En avant, cavernules.

Sommet gauche. — En arrière, cavernules.

— En avant, grosse caverne.

Température pariétale gauche. . . . 37.3

— — droite. . . . 36.9

Température rectale 37.5

Traitement. Suralimentation et potion au tannin.

1^{er} juin. — Température pariétale gauche. . . 37.6.

— — droite. . . 37.4.

Température rectale. 37.7.

Mêmes signes physiques. Même traitement.

5 juin. — Température pariétale gauche. . . 37.7.

— — droite. . . . 37.3.

Température rectale 37.8.

Le malade, dont la toux s'est un peu apaisée, quitte l'hôpital le 10 juin.

Dans les précédentes observations de bacillose pulmonaire au début, alors que les lésions étaient peu avancées, nous constatons une hyperthermie locale qui ne dépassait pas 8/10 de degré, quand la température rectale elle-même ne s'élevait pas. Dans cette observation, nous sommes en présence d'une tuberculose arrivée à la période des cavernes. Nous constatons une hyperthermie locale persistante et énorme, puisqu'elle atteint un jour 1°9, cependant que la température générale reste à peu près normale. Celle-ci même se trouve presque atteinte par la température locale. Le 24 mai, on trouve en effet 37°3 à gauche, quand la température rectale n'est que de 37°5, Le 5 juin, température intercostale gauche 37°7, alors que la température rectale n'est élevée que de 1/10 de degré de plus qu'elle (37.8).

Nous avons vu que les lésions pulmonaires étaient à peu près les mêmes dans les deux poumons (caverne et cavernules). Or, nous trouvons une hyperthermie locale plus considérable à gauche qu'à droite. Pourquoi cette différence ? C'est que sous la clavicule gauche le thermomètre est en rapport avec une grosse caverne, tandis que sous la clavicule droite nous ne trouvons que des cavernules. Les lésions étant croisées, nous

aurions pu rechercher en arrière cette disparité. Mais en arrière le poumon est moins accessible qu'en avant. Le sommet pulmonaire est séparé du thermomètre appliqué dans la fosse sus-épineuse, non seulement par les côtes et les intercostaux, mais encore par l'omoplate et les muscles sous-scapulaire et sus-épineux. L'épaisseur des tissus, interposés entre le thermomètre et le poumon, est trop considérable pour que l'élévation morbide de la température dans le poumon puisse être transmise au thermomètre et relevée par lui. Aussi n'avons-nous pas pris la température locale en arrière.

Nous avons noté la température des deux poumons chez d'autres tuberculeux arrivés manifestement à cette même période, et nous avons toujours constaté une hyperthermie assez élevée, et le plus du côté des lésions le plus avancées.

C'est ainsi que, chez une femme bacillaire occupant, le 11 mai 1901, le lit n° 10 de la salle Chomel, et morte depuis, nous avons trouvé une température locale de 37,9 au sommet gauche, 37,1 au sommet droit, alors que la température rectale n'était que de 38. Chez une autre femme également bacillaire et arrivée à la dernière période, nous trouvons 36,8 à gauche, 37 à droite, avec une température rectale de 38,4.

Nous voyons donc que les chiffres thermiques sont supérieurs à ceux qu'il nous a été donné d'observer dans la tuberculose au début. Cette élévation de la température locale confirme le fait du parallélisme en-

tre le signe thermique et la lésion locale ; à mesure que nous trouverons des lésions plus étendues, nous devrons trouver aussi des températures intercostales plus élevées.

Dans sa thèse, G. Sarda (de Montpellier) avait trouvé, en 1882, un abaissement thermique au niveau de cavernes pulmonaires.

OBSERVATION V (Personnelle)

Bacillose pulmonaire à la troisième période. — Hémoptysies

Le nommé B..., monteur en bronze, âgé de 37 ans, est entré à l'hôpital Saint-Antoine, salle Malgaigne, dans le service de M. le Docteur Siredey, le 5 avril 1901.

Antécédents de famille. — Père mort bacillaire. Frère tuberculeux.

Malade depuis 4 ans. Tousse continuellement à partir de cette époque. A craché le sang pour la première fois il y a deux ans. Cette hémoptysie s'est reproduite à plusieurs reprises, et plus fréquemment ces trois derniers mois.

14 mai. — Malade très amaigri. Sclérotiques bleutées, système pileux très développé, ongles nettement hippocratiques, mauvais appétit, anorexie, aphonie presque complète, expectoration nummulaire très abondante, sueurs nocturnes profuses, fièvre avec redoublement vespéral.

La figure est congestionnée : le malade a un peu de dyspnée.

Examen des poumons. — Malité franche aux deux sommets en avant et en arrière. Bruit de pot fêlé sous la clavicule droite.

Nombreux gargouillements dans les fosses sous-épineuses et sous-claviculaires droites et gauches. Grosse caverne à droite sous la clavicule (souffle et voix amphoriques avec pectoriloquie aphone).

Le malade a eu une hémoptysie très abondante.

Le pouls est dur, tendu et à 100.

Température pariétale gauche..... 38.

— — droite..... 38.4

Température rectale..... 40.3

Traitement. — Boissons froides. Sirop diacode et potion à l'ergotine.

Les jours suivants, le malade crache un peu de sang.

Le 17 mai, à une heure de l'après-midi, nouvelle hémoptysie de 3 verres de sang. Pouls rapide, tendu et vibrant.

Température pariétale gauche..... 38.4

— — droite..... 38.6

Température rectale..... 39.8

Nouvelle hémoptysie de 1 verre de sang le soir.

Traitement. — Boissons glacées. Glace sur le scrotum et potion au chlorure de calcium. —

20 mai. — Les hémoptysies ne se sont pas renouvelées. Expectorations nummulaire abondante avec quelques crachats noirs.

Température pariétale gauche..... 37.6

— — droite..... 37.8

Température rectale — 39.

Le malade quitte l'hôpital.

Nous remarquons qu'après la première hémoptysie le thermomètre accuse une hyperthermie locale de 2°6 à droite, 2° à gauche, et une hyperthermie rectale de 2°9. Deux jours après nouvelle hémoptysie : hyperthermie locale de 2°8 à droite, 2°6 à gauche, hyperthermie rectale de 2°6. L'élévation thermique locale, presque égale le 1^{er} jour à l'élévation thermique générale, dépasse même cette dernière de 2 dixièmes de degré, ce qui prouve une fois de plus l'indépendance des deux températures.

Le 20 mai, les hémoptysies sont arrêtées sous l'influence du traitement. La température locale et la température générale ont baissé. On ne note plus qu'une hyperthermie de 2° à droite, 1°8 à gauche, et 1°8 dans le rectum. L'élévation thermique locale est encore supérieure à l'élévation de la température générale.

Il y a en outre disparité thermique entre les deux sommets. Le sommet droit, qui est le plus lésé, est aussi celui qui accuse la température la plus élevée.

Nous voyons que, pendant toute la durée des hémorragies, il y a eu un excès de chaleur locale et générale, excès qui a diminué lorsque, le traitement aidant, ces hémorragies se sont arrêtées. Notons en passant les bons effets du traitement.

OBSERVATION VI (Personnelle)

Insuffisance mitrale. — Rétrécissement mitral. —

Tuberculose au début??

Lef... Florine, âgée de 19 ans, journalière, est entrée, le 15 mai 1901, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Chomel, dans le service de Monsieur le Docteur Siredey.

Comme antécédents familiaux, elle eut une sœur morte à 11 ans de bacillose. De plus son frère n'a qu'une santé très médiocre.

A l'âge de onze ans, fluxion de poitrine et pleurésie. Depuis ce temps elle tousse un peu chaque hiver.

Réglée à quinze ans, ses règles ne survenaient au début que tous les trois mois. Depuis six mois elles sont devenues plus régulières, mais peu abondantes. Mariée depuis deux ans, elle n'a pas eu d'enfants.

Il y a quinze jours, le lendemain de la venue de ses règles, la malade eut une hémoptysie d'un verre de sang noir, ne présentant aucune odeur. Depuis, elle n'a pas craché de sang.

Actuellement, la malade entre à l'hôpital parce qu'elle se fatigue très vite. Sa respiration est très courte. Elle se plaint de violentes palpitations cardiaques. Sa figure est peu colorée; ses pommettes sont un peu rosées. Les conjonctives et les gencives sont pâles. Les creux sus et sous-claviculaires sont peu prononcés. La pointe du cœur bat à sa place.

A la percussion, on note une élasticité moindre et une tonalité plus élevée au sommet gauche en arrière. Pas de douleur à la pression au niveau des pneumogastriques cervicaux et sous les clavicules. A l'auscultation des sommets on trouve une expiration un peu prolongée à gauche, une inspiration un peu rude.

Par contre l'auscultation cardiaque nous révèle une insuffisance mitrale (souffle systolique très net se propageant dans l'aisselle), et un rétrécissement mitral (roulement présystolique, sans dédoublement du second bruit). Le pouls est petit. Un peu d'oligurie.

La malade dit n'avoir jamais eu de rhumatismes.

On ne constate aucun phénomène congestif du côté des organes.

Trouvant d'un côté des signes très peu nets, pour ne pas dire négatifs, de bacillose au début, d'un autre côté une double lésion mitrale, et ne sachant à quelle cause (ou bacillose ou lésion cardiaque) attribuer l'hémoptysie qui s'était produite il y a 15 jours, nous prenons la température locale des deux sommets :

15 mai.	—	Température pariétale gauche..	36.3
—	—	droite...	35.9
---		Température rectale.....	37.2

Traitement. — Régime lacté et Digitale.

16 mai.	—	Température pariétale gauche :	36.2
—	—	droite...	36
---		Température rectale.....	37

Sous l'influence du traitement les urines ont augmenté. L'essouffement et les palpitations ont à peu près disparu.

Le 17 mai, la malade se trouvant mieux et conseillée par
Etienne

sa famille quitte l'hôpital. Nous ne l'avons pas revue depuis son départ.

Cette observation, si on avait pu la suivre un peu plus longtemps, eût été intéressante.

Sommes-nous en présence d'une lésion mitrale pure sans tuberculose pulmonaire, ou d'une lésion cardiaque avec bacillose ?

Dans les antécédents nous trouvons qu'une des sœurs de la malade est morte bacillaire, qu'elle-même eut à l'âge de onze ans une fluxion de poitrine et une pleurésie, et la malade ajoute qu'elle tousse chaque hiver.

En outre, il y a 15 jours elle a craché un verre de sang. Voilà bien des arguments en faveur de la seconde hypothèse.

D'un autre côté, ce sang rejeté par la malade était noir. De plus cette hémoptysie ne s'est pas reproduite. Les signes physiques constatés au sommet gauche sont bien peu nets. Le diagnostic est bien incertain.

Que nous apprend la thermométrie locale ? Le 15 mai nous trouvons au sommet gauche 36.2, c'est-à-dire 5 dixièmes de degré d'hyperthermie, 35.9 au sommet droit ; le lendemain 36.3 à gauche, c'est-à-dire une élévation de 4 dixièmes, si on considère que la température locale moyenne est de 35.8.

Cette hyperthermie nous porterait à porter le diagnostic de bacillose au début. Quant à l'hémoptysie, nous l'attribuerions volontiers à la lésion cardiaque, à moins que ne ne fût une hémorrhagie complémentaire ?

La malade serait restée une semaine encore à l'hôpital, nous aurions continué de prendre les températures pariétales, et nous aurions pu dans la suite confirmer ou infirmer notre diagnostic. Malheureusement pour nous, la malade a voulu quitter l'hôpital.

OBSERVATION VII (Personnelle)

Tuberculose pulmonaire au début et pleurésie.

Mag Edouard, âgé de quarante-sept ans. menuisier, est entré le 16 mai, à l'hôpital Saint-Antoine, Salle Bichat, dans le service de Monsieur le Docteur Siredey.

Antécédents héréditaires. — nuls.

Antécédents collatéraux : 6 frères morts à différents âges.

Pas de maladie antérieure.

Depuis quinze jours ce malade était obligé de suspendre son travail de temps en temps, à cause d'un violent mal de tête ou d'une courbature. Ayant perdu tout appétit, s'essouffant facilement et se plaignant d'avoir la respiration courte, ce malade, qui a beaucoup maigri, se décide d'entrer à l'hôpital.

Actuellement il se plaint d'être un peu gêné pour respirer. Il tousse peu et son expectoration est à peu près nulle. De douleur dans le côté il n'en a pas et n'en a jamais eu.

A l'inspection, on constate un amaigrissement à peu près généralisé. Cependant si on examine un peu plus attentivement le thorax, on trouve que les espaces intercostaux, très visibles à droite, ne le sont plus à gauche.

On aperçoit difficilement la pointe du cœur battre à côté du sternum.

La percussion nous révèle une matité franche des 2/3 inférieurs du poumon gauche en arrière. En avant le cœur est refoulé vers la droite. La sonorité de l'espace de Traube est conservée. Son skodique sous la clavicule gauche. A la palpation les vibrations thoraciques normales à droite sont absolument abolies à gauche.

A l'auscultation ægophonie, pectoriloquie aphone, abolition des vibrations et du murmure vésiculaire, souffle lointain, doux, voilé : en somme pleurésie gauche à moyen épanchement.

A l'examen des sommets pulmonaires, on constate dans les fosses sus et sous-épineuses une submatité et une diminution de l'élasticité, plus accentuées à gauche ; l'inspiration est rude, saccadée, l'expiration est prolongée.

Dans la fosse sus épineuse gauche on perçoit quelques craquements, si on a soin de faire tousser le malade.

Nous prenons la température locale au niveau des deux sommets dans le deuxième espace intercostal, et au niveau de la pleurésie dans le sixième ou septième, en arrière de la ligne axillaire.

10 mai :

Temp. par. gauche, (II ^e esp.)	37°2	(VII ^e esp. int.)	37°
— droite, —	36°7	—	36°6
— Temp. rect. —	38°5	—	38°6

22 mai, mêmes signes physiques. Épanchement stationnaire.

temp par. gauche (VII ^e esp.)	36°6
— droite —	36°4
— rect. —	38°

22 mai :

Temp. par. gauche (VII ^e esp.)	37°1	(II ^e esp.)	37°2
— droite —	36°9	—	36°8
— Temp. rect. —	38°6	—	38°6

25 mai :

Temp. par. gauche (VII ^e esp.)	37°3
— droit —	37°
— rect. —	38°6

Le malade est un peu plus gêné pour respirer. Il a un peu plus d'anorexie. Il est obligé de se coucher sur le côté gauche.

Le liquide épanché semble avoir un peu augmenté.

26 mai. — On ponctionne la plèvre gauche et on donne issue à un litre et demi environ d'un liquide séreux, citrin.

Le malade se dit très soulagé. On prend la température locale le lendemain, et on trouve :

27 mai. — Temp. pariét. gauche 7 ^e espace.	36.3
— — droite	36.2
— Température rectale	38.6
28 mai. — Temp. pariét. gauche 7 ^e espace.	36.3
— — droite	36.1
— Température rectale	38.6

Il existe un peu de liquide à la partie inférieure du poumon gauche. La pectoriloquie aphone a disparu.

1^{er} juin. — On entend le murmure vésiculaire à gauche, moins bien toutefois qu'à droite. Les vibrations sont devenues à peu près normales. A la percussion, submatité dans les 2/3 inférieurs du poumon gauche, matité complète tout à fait à la base.

Température pariét. gauche 7 ^e espace..	36.4
— droite.....	36.2
Température rectale....	37.5
<i>3 juin.</i> — Temp. pariét. gauche, 2 ^e espace.	36.6
— — droite.....	36.1
— Température rectale.....	37.4

Mêmes signes au sommet gauche. On n'entend plus de craquements.

5 juin. — Matité à la base du poumon gauche. A l'auscultation on perçoit quelques frottements. Il reste un peu de liquide à la partie inférieure de la plèvre gauche, liquide qui tend à se résorber.

Température pariétale gauche (VII ^e)...	36.3
— — droite.....	36.2
Température rectale.....	37.2

8 juin. — On entend des frottements plus nombreux dans les deux tiers inférieurs du poumon gauche.

L'ægophonie et la pectoriloquie aphone ont disparu.

Le murmure vésiculaire s'entend mieux dans le poumon gauche, excepté à la base où il existe un peu de liquide qui n'augmente pas et se résorbe petit à petit.

Température pariétale gauche (VII°)...	36.3
— — droite	36.2
Température rectale... ..	37.3

Prenant comme température intercostale moyenne 35.8, et comme température rectale 37.2, nous notons dans le tableau suivant les chiffres thermiques dont se sont élevées la température locale et la température générale, pendant la durée de la pleurésie.

	Temp. par. gauche (VII)	Temp. par. droite (VII)	Temp. rect.	Disparité entre les 2 temp. pari.
	—	—	—	—
16 mai ...	1.2	0.8	1.4	0.4
20 mai ...	0.8	0.6	0.8	0.2
22 mai ...	1.3	1.1	1.4	0.2
25 mai ...	1.5 (ponct. faite le 26)	1.2	1.4	0.3
27 mai ...	0.5	0.4	1.4	0.1
28 mai ...	0.5	0.3	1.4	0.2
1 ^{er} juin ...	0.6	0.4	0.3	0.2
5 juin....	0.5	0.4	normale	0.1
8 juin....	0.5	0.4	0.1	0.1

Nous remarquons dans ce tableau que, du 16 au 25 mai, la température locale s'élève parallèlement à la température générale ; que le 25 mai, l'hyperthermie intercostale est même supérieure de 1/10 de degré à l'hyperthermie rectale ; il faut considérer que c'est

ce jour-là que la plèvre présente son maximum d'activité sécrétoire, l'épanchement ayant un peu augmenté. Le lendemain 26, la ponction est faite. Or, le 27 mai, la température locale a baissé de 1° , alors que la température rectale est restée absolument la même ($38^{\circ}6$). Le 28, même écart. Le 1^{er} juin, le thermomètre accuse au niveau de la plèvre gauche une élévation sur les jours précédents de $1/10$ de degré. La température rectale descend au contraire de $1^{\circ}1$, pour être normale ou à peu près les 5 et 8 juin, la température locale restant à $36^{\circ}3$ et $36^{\circ}2$. Il y a donc une discordance entre les deux températures.

Nous constatons, en outre, que depuis le premier jour jusqu'au dernier, il y a eu disparité thermique entre les deux plèvres, disparité en faveur de la plèvre enflammée, la plèvre gauche. Cette disparité est d'abord de $4/10$ de degré. L'épanchement étant à peu près stationnaire les 20 et 22 mai, la différence thermique reste la même, $2/10$. Le 25 mai, l'épanchement a augmenté un peu : la différence augmente de $1/10$. Après la ponction, elle n'est plus que de $0^{\circ}1$.

Mais il se reforme un peu de liquide à la basé du poumon gauche. De nouveau, la température de la plèvre gauche s'élève de $0^{\circ}1$. Enfin, les 5 et 10 juin, ce liquide tendant à se résorber, cette augmentation a disparu et la différence n'est plus que de 0.1 .

Cette hyperthermie, bien qu'excessivement faible,

prouve cependant que la plèvre n'est pas encore revenue à son état normal.

D'un autre côté, la thermométrie locale est venue nous prouver, une fois de plus, une tuberculose au début. En effet, il y a disparité thermique de 5/10 de degré en faveur du sommet gauche.

Le sommet droit, qui, le 3 juin, ne présente qu'une hyperthermie de 2/10, ne semble pas atteint d'après le thermomètre. Nous avons vu que la percussion et l'auscultation nous avaient donné à peu près le même résultat.

A noter encore que la température pariétale est toujours plus élevée au sommet gauche qu'à la partie inférieure du poumon gauche.

OBSERVATION VIII (Personnelle)

Pneumonie franche au 4^e jour.

R... , garçon boucher, âgé de 19 ans, est entré à l'hôpital Saint-Antoine, salle Bichat, dans le service de M. le Dr Siredey, le 10 mai 1901.

Antécédents héréditaires : nuls.

Antécédents collatéraux : sœur, âgée de 17 ans, bacillaire.
Pas de maladie antérieure.

Il y a quatre jours, le malade quittant la campagne pour

venir se placer à Paris, fut pris dans le train d'une violente céphalalgie et d'un point de côté intense localisé au-dessous du mamelon gauche.

Atteint d'une forte courbature et d'une anorexie complète, et ayant perdu tout appétit, le malade se décide d'entrer à l'hôpital.

Actuellement, le malade se présente à nous avec une face vultueuse, une respiration assez rapide. Son pouls est à 130. Sa peau est chaude, sa langue pâteuse et sèche sur les bords. Les urines sont rares et foncées en couleur. Pas de délire. Crachats rouillés, visqueux, adhérents au crachoir. Le point de côté du premier jour est disparu.

A l'inspection, on ne trouve rien d'anormal. La palpation nous révèle une augmentation des vibrations thoraciques dans les deux tiers inférieurs du poumon gauche en arrière. A la percussion, matité complète dans cette même partie du poumon.

A l'auscultation, l'oreille perçoit dans toute la hauteur du poumon gauche un souffle tubaire très net, et à la partie moyenne, dans une zone assez étendue, des râles crépitants à la fin de l'inspiration. Les vibrations thoraciques sont accrues. On note de la bronchophonie.

Dans le poumon droit, quelques râles ronflants et sibilants.

On prend les températures locales dans le 7^{me} ou 8^{me} espace intercostal, un peu en arrière de la ligne axillaire, et nous trouvons :

11 mai : Température pariétale gauche	38.5
— droite.	37.9
Température rectale.....	39.6

Traitement : Drap mouillé et caféine. Régime lacté.

14 mai : Température pariétale gauche 36.5

— droite. 36.2

Température rectale..... 36.2

Le 13 mai, c'est-à-dire la veille, la température rectale est tombée brusquement à 37°. En même temps, le malade a eu des sueurs très abondantes. Pas d'herpès labial.

Le malade n'est plus cyanosé. Il respire plus facilement.

Le pouls est à 88 ; l'expectoration est devenue moins visqueuse et plus aérée.

L'auscultation fait entendre dans les deux tiers inférieurs du poumon gauche de nombreux râles sous crépitants. Le souffle tubaire a disparu.

Régime lacté.

16 mai : Température pariétale gauche.... 36.3

— droite..... 36.2

Température rectale..... 36.6

Le malade va de mieux en mieux. Sa figure a repris à peu près son aspect normal. La langue est bonne. La respiration est à 18 par minute, le pouls à 80.

On entend encore quelques râles humides à la base du poumon gauche. Le malade, dont l'appétit est revenu, demande à manger. On ne le lui accorde que le lendemain, jour où il se lève.

Enfin, le 19 mai, il quitte l'hôpital.

Dans cette observation de pneumonie franche, on constate que la température locale s'élève en même temps que la température générale, et d'une façon

plus notable même du côté droit que cette dernière, l'écart avec la température pariétale normale étant le 11 mai de $2^{\circ}7$ à gauche, et de $2^{\circ}1$ à droite, tandis que la température rectale ne s'élève que de $2^{\circ}4$. Le 14 mai, cette dernière est tombée à $36^{\circ}2$, légère hypothermie, et la température locale, qui a baissé elle aussi, est encore supérieure à la moyenne de $7/10$ de degré, à gauche, et de $4/10$ à droite. Il y a là une discordance manifeste entre les deux températures. Cela tient à ce que le poumon est encore congestionné.

Le 16 mai, la température générale remonte un peu. La température locale au contraire continue à baisser, étant de 36.3 à gauche, 36.2 à droite.

Pendant toute la durée de la pneumonie, il y a disparité thermique entre les deux poumons, le poumon gauche atteint étant celui dont la température est la plus élevée. A mesure que le malade s'achemine vers la guérison, cette disparité va en diminuant ; de 6 dixièmes de degré le premier jour, elle tombe successivement à 3 et à 1 dixième le 16 mai.

Cependant la température locale est encore supérieure à la normale, 36.3 et 36.2 ; ce qui prouve que le malade, bien que convalescent, n'est pas encore totalement guéri, qu'il doit être suivi avec soin et doit prendre des précautions, le moindre refroidissement pouvant agir sur un poumon qui n'est pas encore revenu à son état normal, et forme un véritable *locus minoris resistentiæ*.

OBSERVATION IX (Personnelle).

Pneumonie chez un alcoolique. Mort.

G... Baptiste, cocher, âgé de 56 ans, entre à l'hôpital St-Antoine, salle Bichat, dans le service de M. le docteur Siredey, le 15 mai 1901.

Le malade, de qui nous ne pouvons avoir aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires et sur le début de sa maladie, est un alcoolique avéré. Sa face est vultueuse, ses joues sont brûlantes, ses yeux brillants, sa langue est pâteuse et sèche sur les bords. Ses urines, rares et très foncées, contiennent un peu d'albumine.

Le malade, très dyspnéique, a 30 respirations par minute. Son pouls dur et tendu est à 120. Les crachats peu nombreux (car le malade crache de tous côtés) sont rouillés et adhèrent fortement au crachoir. La toux est pénible.

Augmentation des vibrations thoraciques, matité complète, souffle tubaire intense, bronchophonie, renforcement de la voix et du murmure vésiculaire, nombreux râles sous-crépitants aux deux temps de la respiration, tels sont les signes que l'on constate dans toute la hauteur du poumon droit.

Dans le poumon gauche nombreux râles sous-crépitants sans souffle tubaire.

Nous prenons, non sans difficulté, la température locale dans le 8^e espace intercostal en arrière de la ligne axillaire :

16 mai. — Température pariétale gauche... 36.9.

— — droite... 37.4.

Température rectale..... 39.8.

Même état que la veille. — *Traitement* : Enveloppement froid et caféine. Régime lacté.

18 mai. — Température pariétale gauche... 36.6.

— — droite... 37.2.

Température rectale..... 38.2.

Le malade respire plus facilement que les jours précédents. L'anorexie est moins complète. La langue moins pâteuse ; l'expectoration est à peu près la même. On croit que la défervescence commence à se faire. Mêmes signes à la percussion et à l'auscultation.

20 mai. — La température rectale est remontée au-dessus de 39. Le malade, plus agité qu'au début, lance les bras à droite et à gauche, et cherche à se lever à tout moment ; aussi un infirmier est-il obligé de le surveiller de près. Nous essayons de prendre la température locale et nous ne pouvons réussir.

A l'auscultation, persistance du souffle tubaire et gros râles humides très nombreux. La température rectale est à 39°2, le pouls à 40 ; la respiration est rapide, la toux fatigante et difficile.

Traitement. — Enveloppement humide. Extrait thébaïque et chloral.

21 mai. — Etat général de plus en plus mauvais. Carphologie persistante. Expectoration noire, purulente. Dyspnée excessive. Le malade meurt à midi.

L'autopsie n'a pas été faite.

Dans cette observation, on remarque que le 16 mai le thermomètre accuse une élévation de la température locale de 1°6 au niveau du poumon droit, 1°1 au niveau du poumon gauche ; il y a donc une différence de cinq dixièmes de degré en faveur du poumon droit, qui est le siège de la pneumonie.

Deux jours après, la température rectale, qui était de 39°8 au début, est descendue de 1°6.

Le malade nous semble aller mieux, bien que les signes physiques n'aient pas changé. Nous croyons même que la défervescence commence. Or, la thermométrie locale nous révèle seulement une diminution de 2/10 à droite, 3/10 à gauche. Il y a une hyperthermie locale de 1°4 à droite, tandis que l'hyperthermie rectale n'est que de 1 degré. Il y a là une discordance manifeste entre la température locale et la température générale. Les jours suivants, le malade, plutôt que de continuer à aller mieux, va de plus en plus mal pour s'éteindre le 21 mai.

Nous pensons que la discordance notée aurait pu nous engager à porter un pronostic un peu plus réservé. Nous aurions pu prendre la température locale les 19, 20 et 21 mai ; nous aurions peut-être obtenu des chiffres thermiques plus concluants. Mais il nous a été malheureusement impossible de le faire.

OBSERVATION X (Personnelle)

(Tuberculose pulmonaire au début et mal de Pott).

Coll... Charles, 39 ans, glacier-confiseur, est entré à l'hôpital St-Antoine, salle Malgaigne, dans le service de M. le docteur Siredey, le 21 mai 1901.

A. H. — Nuls.

Antécédents personnels. — Ce malade eut une bronchite il y a deux ans, à la suite d'un refroidissement qu'il avait pris en pénétrant dans une cave glacée. Il tousse de temps en temps depuis cette bronchite. Il y a 15 mois, il eut à deux reprises une hémoptysie d'environ 200 grammes de sang.

Le malade a maigri de vingt kilogrammes; il a des sueurs nocturnes assez fréquentes. et le matin il est réveillé par une toux sèche, quinteuse, qui le fatigue. Un peu d'anorexie. Pas de dyspnée. Pas de diarrhée.

Système pileux développé. Yeux vitreux. Ongles hippocratiques; amaigrissement assez notable. Sur la face interne de la cuisse gauche et un peu au-dessus du genou, cicatrice d'une gomme tuberculeuse opérée à l'hôpital Cochin. Voix de tonalité un peu basse; pas de laryngite.

Si, examinant la colonne vertébrale de ce malade, on promène le doigt sur les apophyses épineuses, on constate que l'une d'elles, correspondant à la septième ou huitième vertèbre dorsale, fait une saillie qu'exagère l'inclinaison du corps en avant. Une pression exagérée sur la lame vertébrale droite

de cette même vertèbre détermine une douleur assez vive.

Le malade raconte qu'il a eu des douleurs névralgiques dans tout le côté droit. Actuellement il accuse ces mêmes douleurs dans les derniers espaces intercostaux et l'espace costo-iliaque droits.

Mouvements de flexion et d'extension de la colonne vertébrale difficiles et douloureux. En outre, le malade ne peut se tourner dans son lit sans éprouver un peu de douleur qu'il localise mal.

Si on déprime la paroi abdominale, on constate profondément un peu d'empâtement à droite de la colonne lombaire.

Un peu d'exagération des réflexes. Sensibilité générale à peu près normale. Traces de pointes de feu sur la colonne lombo-sacrée.

Examen des poumons. — Elasticité moindre et tonalité plus élevée au sommet droit; l'inspiration y est rude, saccadée, l'expiration prolongée en arrière. En avant, mêmes signes avec quelques craquements sous la clavicule gauche. Traces de pointes de feu dans le creux sus-claviculaire et dans la fosse sus-épineuse droites.

Au sommet gauche, en arrière, un peu de submatité et expiration un peu prolongée.

On prend la température locale au niveau des sommets pulmonaires, et au niveau des lames vertébrales.

21 mai. — Sommets : temp. pariét. droite..... 36°7

— — — gauche.... 36°3

— — temp. rectale..... 38°

Lame vertébrale VII^e dorsale..... 36.1

— I^{re} dorsale 35.8

Etienne

Traitement. — Repos et suralimentation.

2 mai. — *Lame vertébrale, VII^e dorsale...* 36.2

— — — *I^e dorsale.....* 35.9

26 mai. — Même signes sthétoscopiques. Expectoration nulle. Même état de la colonne vertébrale.

Sommets. Tempér. *pariétale droite...* 36.6

— — — *gauche.....* 36.3

Température rectale..... 37.8

1^{er} juin. — *Lame vertébrale VII^e vert. dors.* 35.8

— — — *VII^e cervic.....* 35.6

— — — *XII^e dorsale.....* 35.6

5 juin. — *Lame vertébrale, VII^e dors.....* 35.9

— — — *II^e dorsale.....* 35.7

— — — *I^e lombaire....* 35.6

L'apophyse épineuse de la 7^e vert. dorsale est moins saillante.

La douleur à la pression sur la lame vertébrale de la 7^e vertèbre dorsale est moins accusée que le 1^{er} juin. Le malade remue avec plus de facilité sa colonne vertébrale.

D'ailleurs il se lève depuis quelques jours.

Mêmes signes physiques aux sommets pulmonaires.

Voilà une observation d'un malade qui présente, en même temps qu'un sommet bacillaire, un mal de Pott dorsal. Nous avons cru intéressant de rechercher ce que nous donnerait le thermomètre appliqué sur la lame vertébrale de la vertèbre qui paraît atteinte.

Nous constatons qu'il accuse au début une différence de trois dixièmes de degré entre la vertèbre

malade et une vertèbre saine. Les derniers jours, cette disparité a baissé de un dixième. Nous avons vu qu'à ce moment la pression sur la vertèbre atteinte était moins douloureuse qu'au début, et que celle-ci moins saillante, semblait aller mieux.

Y a-t-il corrélation entre ce fait et la différence de température. Nous ne pouvons que le supposer.

Quant aux sommets pulmonaires, la thermométrie locale nous montre qu'ils sont lésés tous les deux, le droit plus que le gauche, une disparité thermique de $4/10$ et de $3/10$ existant entre les deux. On remarquera que l'hyperthermie locale à droite est plus élevée que l'hyperthermie rectale, nous l'avons déjà noté dans nos observations précédentes.

Ayant vu chez ce malade qu'il pouvait exister une différence de température locale entre des vertèbres saines et des vertèbres malades, nous avons, sur les conseils de Monsieur le Docteur Siredey, fait les mêmes recherches chez deux autres malades de la salle Chomel.

OBSERVATION XI (Personnelle)

(Mal de Pott dorso-lombaire)

Sti... Marie, âgée de 47 ans, journalière, est entrée dans le service de Monsieur le Docteur Siredey, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Chomel, le 13 avril 1901.

Antécédents. — 1 frère mort de méningite à 7 ans ; deux autres frères morts l'un à 6 mois, l'autre à 18 mois.

Le 25 septembre 1900, la malade fut prise subitement chez elle d'une paraplégie des membres inférieurs, mais sans ictus.

Elle entre à l'hôpital à ce moment. Deux mois après sa paralysie était guérie, lorsqu'elle fut atteinte d'une double sciatique.

Etat actuel, 3 juin. — Ce jour où nous l'examinons, cette malade nous raconte qu'elle était entrée de nouveau à l'hôpital parce qu'elle se plaignait de douleurs névralgiques en ceinture et bilatérales, plus vives la nuit. De temps en temps fulgurances dans les membres inférieurs.

Anorexie. Amaigrissement assez prononcé. Troubles dyspeptiques (Vomissements et douleur épigastrique). Constipation.

Depuis deux mois seulement la malade a des crises épileptiformes (chute, convulsions, morsure de la langue), survenant principalement au moment de ses époques menstruelles.

A l'examen, on constate, outre l'amaigrissement généralisé, une déviation de la colonne vertébrale, déviation à convexité tournée vers la droite, et portant sur les cinq dernières vertèbres dorsales et les premières lombaires.

Une pression exercée sur les lames vertébrales droites de ces vertèbres détermine une douleur plus vive au niveau de la dixième ou onzième dorsale.

Les mouvements de flexion et d'extension de la colonne vertébrale sont douloureux et limités. Le malade peut à peine se tourner dans son lit.

La sensibilité générale est normale ; les réflexes sont un peu exagérés, le signe de Babinski existe. Le pouls est un peu ralenti.

Pas de troubles urinaires. Pas de troubles oculo-pupillaires.

A la palpation, on constate, en déprimant la paroi abdominale, de chaque côté de la colonne lombaire, l'existence d'un abcès par congestion douloureux, plus accessible à droite.

En outre, sciatique gauche légère.

L'examen des poumons nous fait trouver de la submatité au sommet gauche, ainsi qu'une inspiration rude et une expiration prolongée. Le sommet droit paraît sain.

Prenant la température locale au niveau des lames vertébrales droites de plusieurs vertèbres saines, et de la dixième dorsale où la pression révèle le plus de douleur, nous avons :

3 juin. —	Température locale (X ^e Vert. dors.)	36.1
—	(IV ^e lombaire)..	35.9
—	(II ^e dorsale)...	35.8
5 Juin. —	Température locale (X ^e dorsale)...	36.2
—	(IV ^e dorsale)...	36.1
—	(II ^e clavicule)..	36°
10 juin. —	Température locale (X ^e dorsale)...	36.3
—	(IV ^e lomb.).....	36.1
—	(VII ^e cervicule).	36.

La malade sort le 13 juin de l'hôpital. Son état général est un peu meilleur. Elle se remue plus facilement que le premier jour. Ses douleurs existent, moins prononcées toutefois. La pression au niveau de la X^e vertèbre dorsale est toujours douloureuse.

Dans cette observation nous voyons qu'il existe une différence thermique, légère il est vrai, mais réelle, entre la X^e vertébrale dorsale, où la pression réveille une plus grande douleur, et la IV^e lombaire, qui est elle même sensible, différence qui est tantôt de 2/10, tantôt de 1/10 de degré ; avec le degré thermique des autres vertèbres. la première dorsale ou les dernières cervicales, la disparité est de 1/10 de degré supérieure.

OBSERVATION XII

(Mal de Pott dorso-lombaire)

La nommée Duq... Suzanne, âgée de 17 ans, papetière, est entrée le 26 avril 1901 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Chomel, dans le service de M. le docteur Siredey.

Antécédents héréditaires. — Père mort à Bicêtre. Mère bacillaire hémiplégique gauche depuis un mois.

Antécédents personnels. — Anémie et faiblesse pendant toute l'enfance. Vertiges fréquents. Pas de toux.

Réglée une seule fois il y a 3 mois.

Constipation opiniâtre.

Actuellement la malade se plaint, surtout depuis 8 jours, de douleurs présentant les caractères suivants : douleurs en ceinture unilatérales gauches et se propageant dans la fosse iliaque du même côté. Ces douleurs se sont manifestées

pour la première fois il y a deux ans. Depuis elles ont été intermittentes et d'une intensité médiocre.

Douleurs au creux épigastrique, indépendantes de tout repos.

Troubles digestifs. — La malade vomit depuis 4 jours et aussitôt après ses repas. Depuis longtemps elle ne fait qu'un repas par jour, et parfois même ne mange pas de la journée.

Examen. — Infantilisme assez marqué. Thorax étroit surtout à la base. Colonne vertébrale déviée latéralement, déviation à concavité tournée vers la droite et portant principalement sur la colonne dorso-lombaire. Courbure de compensation à la région thoracique supérieure.

Dans la station assise les quatre premières vertèbres lombaires sont saillantes. Dans la station debout la malade prend une position hanchée sur la jambe droite ; la saillie des apophyses épineuses s'efface.

A la pression, on détermine de la douleur sur les apophyses épineuses des 7^e, 8^e, 11^e et 12^e vertèbres dorsales, sur les lames vertébrales de ces mêmes vertèbres, douleur dans ce cas plus marquée à gauche qu'à droite.

Douleur se propageant vers l'échancrure costoiliaque et les derniers espaces intercostaux gauches.

Veut-on imprimer à la colonne vertébrale des mouvements de latéralité, on constate une légère immobilité des vertèbres dorso lombaires les unes sur les autres.

A la palpation, on détermine au niveau du point de Mac Burney un peu de douleur. En déprimant profondément la paroi abdominale sur le côté gauche de la colonne vertébrale,

on ne peut sentir aucune collection profonde. Par contre la malade accuse un peu de douleur. Rein flottant à droite.

Examen des poumons. — Rien de net aux sommets en avant. En arrière expiration prolongée à droite, murmure vésiculaire très diminué ; à gauche quelques craquements ?

1^{er} mai. — Le palper abdominal ne réveille aucune douleur.

La malade sort de l'hôpital les premiers jours de mai pour y rentrer le 25 mai.

Nous l'examinons à ce moment, et nous constatons une même déviation de la colonne dorso lombaire et une même saillie des vertèbres. Mais la douleur, qu'on réveillait à la pression sur les lames vertébrales gauches de ces vertèbres, est actuellement prédominante sur les lames vertébrales droites symétriques.

Les mouvements de torsion et de flexion de la colonne vertébrales sont douloureux et limités.

La palpation abdominale profonde ne fait découvrir aucun empâtement sur les côtés de la colonne dorso lombaire.

Rein droit mobile.

Prenant la température au niveau des lames vertébrales droites de la 11^e vertèbre dorsale, de la 1^{re} lombaire et des premières dorsales, nous trouvons : —

25 mai :

Temp. locale, lame vert, 11 ^e dorsale. . .	36.4
— 1 ^{re} lombaire. . .	36.1
— 1 ^{re} dorsale. . .	35.9
Temp. rectale.	37.2

1^{er} juin :

Temp. locale, 11 ^e vertèbre dorsale.....	36.4
— 1 ^{re} lombaire.....	36.2
— 1 ^{re} dorsale.....	36.1

5 juin :

Temp. locale, 11 ^e vertèbre dorsale.....	36.7
— 1 ^{re} lombaire.....	36.6
— 1 ^{re} dorsale.....	36.4
Temp. rectale.....	37.4

La malade, qui a gardé le repos pendant tout son séjour à l'hôpital, sort le 6 juin, sur sa demande. Elle meut un peu plus facilement sa colonne vertébrale.

L'état général est à peu près le même.

Dans cette observation, nous remarquons que du 25 mai au 5 juin la température locale au niveau des vertèbres est assez élevée en général, la température moyenne étant de 35°7.

Le 5 juin en effet, la première dorsale qui est saine donne une température de 36°4, et cependant la température rectale est à peu près normale.

Le 25 mai, nous constatons entre deux vertèbres, l'une malade, l'autre saine, une disparité thermique de cinq dixièmes de degré. C'est la plus grande différence que nous ayons trouvée. Les autres jours, elle n'est plus que de 3 dixièmes. Les autres vertèbres, où la douleur est moins accusée, ont une tempéra-

ture locale moindre de 3 dixièmes le premier jour, de 2 et de 1 dixième les autres jours.

Nous avons fait les mêmes recherches sur la colonne vertébrale d'autres malades, nous avons trouvé des chiffres thermiques oscillant entre 35,4 et 35,9. La colonne vertébrale chez eux paraissait saine.

Si nous examinons ces trois dernières observations, nous voyons qu'au niveau d'une lésion vertébrale le thermomètre accuse une hyperthermie peu élevée, mais à peu près constante, hyperthermie qui a atteint dans un cas cinq dixièmes de degré.

Qu'il nous soit permis de remercier Monsieur Lemaire, externe du service, qui a bien voulu nous livrer la première partie de cette observation.

Ayant eu l'occasion d'observer dans la salle Chomel quelques femmes atteintes d'affections des annexes, nous avons recherché si le thermomètre appliqué sur la paroi hypogastrique en rapport avec ces annexes pouvait accuser des différences thermiques entre des organes différemment malades.

OBSERVATION XIII (personnelle)

Annexite gauche

Pr. Marie, âgée de 30 ans, femme de ménage, est entrée le 14 mai 1901 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Chomel, dans le service de Monsieur le docteur Siredey.

Mariée depuis 11 ans, elle a eu trois enfants dont un seul est vivant actuellement.

Réglée à 13 ans, ses règles, d'une abondance moyenne, avaient toujours été assez régulières. Depuis cinq semaines la malade perd du sang à peu près continuellement. Ces pertes douloureuses, plus ou moins abondantes, ne dégagent aucune odeur. Ses dernières règles, qui ont eu lieu en avril ? dit-elle, n'avaient aucun retard. La veille de son entrée à l'hôpital, grande perte avec caillots.

La malade, un peu nerveuse, est assez anémiée. Le visage est pâle, les conjonctives et les gencives sont presque exsangues. Maux de tête fréquents, sans vertiges ni bourdonnements d'oreilles. Pouls à 90, assez bon.

La marche est assez douloureuse.

Examen. — La palpation détermine une douleur peu vive sur le côté gauche de l'utérus. Décompression douloureuse à gauche. Au toucher, on constate que le cul-de-sac gauche est dur, tendu, douloureux, que le cul-de-sac postérieur est douloureux. L'utérus un peu incliné en arrière est un peu gros ; on mesure sa cavité à l'hystéromètre et on constate qu'elle atteint 10 centimètres. Le col est un peu entr'ouvert. On fait une injection intra-utérine qui ramène de nombreux débris de muqueuse.

Appliquant notre thermomètre sur la paroi hypogastrique de chaque côté de l'utérus, nous trouvons :

14 mai. — Temp. pariét. gauche	37.
— — droite.....	36.6
Température abdominale.....	36.5
— — rectale	37.6

Nous prenions également la température locale en un point voisin de l'ombilic.

Traitement. — Repos complet au lit et injections chaudes

20 mai.	—	Température pariétale gauche..	36.7
—	—	droite...	36.5
—	—	Température abdominale.....	36.5
—	—	rectale.....	37.5

La malade moins anémiée a repris un peu de couleurs.

Les pertes sanguines se sont complètement arrêtées.

La palpation ne détermine que peu de douleur sur le côté gauche de l'utérus. La douleur à la décompression existe toujours. Le toucher nous révèle un utérus toujours incliné en arrière. Les culs-de-sac gauche et postérieur sont moins douloureux. Le cul-de-sac droit est sain. On continue le même traitement.

25 mai.	—	Temp. pariétale gauche.....	36.5
—	—	droite.....	36.3
—	—	Température abdominale.....	36.3
—	—	rectale.....	37.6

Palpation abdominale indolore. Les culs-de-sac gauche et postérieur sont plus souples que le premier jour. Ils sont à peine douloureux. Le col est à peu près fermé. Même traitement.

23 mai.	—	Température pariétale gauche....	36.9
—	—	droite.....	36.7
—	—	Température abdominale.....	36.4
—	—	Température rectale.....	37.8

La malade a ses règles depuis la veille.

3 juin. — Température pariétale gauche... 36.7.

— — droite..... 36.6.

Température abdominale 36.4.

— rectale..... 37.6.

Les règles ne sont pas terminées.

5 juin. — Température pariétale gauche... 36.4.

— — droite.... 36.3.

Température abdominale 36.1.

— rectale 37.2.

Règles complètement terminées. L'examen génital nous montre des culs de sac plus souples que la dernière fois.

L'utérus semble moins incliné en arrière et moins gros.

Le col est fermé.

10 juin. — Température pariétale gauche... 36.2.

— — droite. .. 36.1.

Température abdominale 36

— rectale..... 37.1.

La malade qui est à peu près guérie, sort de l'hôpital pour aller au Vésinet.

Nous constatons que le 14 mai, jour où l'inflammation annexielle est à son maximum, la différence thermique, elle aussi, est la plus grande que nous ayons observée. Elle est en effet de quatre dixièmes de degré en faveur du côté gauche qui correspond aux annexes malades. La température locale est supérieure à la température paraombilicale de 0°5 à gauche, 0°1 à droite.

Le 20 mai, c'est-à-dire 6 jours après, sous l'influence du repos complet et des injections chaudes, nous voyons que l'état local s'est amélioré d'une façon sensible. La disparité

thermique a baissé de deux dixièmes. Le thermomètre qui se trouvait à gauche 37 au début, est descendu à 36°7. A droite même degré thermique qu'autour de l'ombilic.

Le 25 mai, l'hyperthermie locale gauche est encore de deux dixièmes. La température est moins élevée de deux dixièmes que le 20 mai. On a constaté en même temps un mieux sensible dans l'état des culs-de-sac gauche et postérieur. Le 29 mai, sous l'influence des règles survenues la veille, la température locale est remontée de 4 dixièmes à 36,9, à gauche, 36,7 à droite, tandis que la température générale elle aussi est montée à 37°8. Le 3 juin, les règles arrivant à leur fin, le thermomètre a baissé de deux dixièmes à gauche, de un dixième à droite. Enfin, le 5 juin, les règles sont terminées et la température locale est de 36°4 et de 36°3. Ainsi pendant toute la phase congestive des menstrues il y a eu élévation de la température locale. Nous pouvons rapprocher ce fait de ce que nous avons constaté chez les tuberculeux au moment d'une hémoptysie.

Le 10 juin, les chiffres thermiques sont presque normaux. La disparité qui existait entre les deux annexes gauches et droites, était au début de 4 dixièmes. Le traitement aidant et l'inflammation annexielle diminuant de jour en jour, cette disparité, qui était encore de 2 dixièmes au commencement des règles, n'est plus que de un dixième, le jour où la malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION XIV (Personnelle)

(Annexite gauche)

Hem... Elise, âgée de 21 ans, ménagère, est entrée le

21 mai 1901, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Chomel, dans le service de M. le Docteur Siredey.

Réglée à 16 ans, ses règles assez abondantes, non douloureuses et d'une durée de 4 à 6 jours, étaient assez régulières quand au mois de décembre elles eurent un retard de 3 semaines au moins.

Mariée depuis quinze jours, la malade a vu ses dernières règles durer huit jours, sans aucun retard. Pas de leucorrhée dans l'intervalle des règles.

Depuis quelques jours cette femme se fatigue plus vite que d'habitude. La marche lui est devenue un peu douloureuse. En outre elle a un peu souffert pendant ses dernières règles. Le repos a fait cesser cette souffrance. En ce moment elle perd un peu de sang.

Examen. — La palpation détermine une douleur assez vague sur la paroi abdominale en rapport avec les annexes gauches.

Douleur peu forte à la décompression à ce niveau.

Au toucher, l'utérus est immobilisé. On sent dans le cul-de-sac gauche une masse allongée, dure, peu sensible qui bombe dans le cul-de-sac postérieur et le remplit. Rien dans le cul-de-sac droit : l'utérus est antéfléchi, assez gros et douloureux.

En somme, annexite gauche d'une date probablement antérieure au mariage, et réveillée à la suite de ce mariage.

Légère métrite:

21 mai.	—	Température pariétale gauche..	36.9
	—	droite...	36.6
	—	Température abdominale.....	36.4
	—	rectale.....	37.2

Traitement. — Repos au lit et injections chaudes.

25 mai.	—	Température pariétale gauche..	36.5
—	—	droite...	36.3
—	—	Température abdominale	36.1
—	—	rectale	37.2

La malade ne souffre plus. Elle ne perd plus de sang. Le toucher moins douloureux donne à peu près le même résultat que le premier jour. On continue le même traitement.

29 mai.	—	Température pariétale gauche.....	36,3
—	—	droite.	36,2
—	—	Température abdominale droite.....	36
—	—	rectale —	36,8

La palpation et le toucher sont absolument indolores. L'utérus est un peu mobile. Les culs de sac gauche et postérieur sont un peu plus souples. La malade quitte l'hôpital.

Dans cette observation, nous constatons que les chiffres thermiques au niveau des annexes gauches et droites sont, pendant tout le séjour de l'hôpital, supérieurs à la température abdominale prise autour de l'ombilic.

Ces chiffres assez élevés le premier jour, puisqu'ils atteignent presque 37°, diminuent quatre jours après de quatre et de trois dixièmes de degré en même temps qu'on constate que l'inflammation annexielle a diminué elle aussi, sous l'influence du repos et des injections froides. Cette diminution s'accroît les jours suivants. Le 29 mai on ne trouve plus que 36,3 à gauche, 36,2 à droite, et 36 à côté de l'ombilic.

La disparité, qui était de trois dixièmes entre les annexes

droites et gauches et en faveur des annexes gauches au début, diminue petit à petit pour n'être plus que de 1 dixième le dernier jour.

Nous pourrions remarquer que les températures locales sont moins élevées chez cette malade que dans l'observation précédente ; nous avons affaire au réveil d'une vieille annexite, tandis que chez l'autre malade l'annexite était de date récente.

OBSERVATION XV (Personnelle)

(Annexite gauche)

Geoff... Céline âgée de 20 ans, décorieuse, est entrée le 21 mai 1901, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Chomel, dans le service de M. le docteur Siredey.

Réglée à 12 ans, ses règles d'une durée de 4 jours, assez abondantes et non douloureuses, étaient assez régulières jusqu'au mois d'avril dernier, où elles subirent un retard de 12 jours.

Il y a cinq jours, alors que ses règles sont finies depuis une huitaine, elle a commencé à perdre un peu de sang. La veille de son entrée, ne pouvant se tenir debout et très fatiguée, elle est obligée de se coucher.

Actuellement la malade se présente à nous avec les téguements décolorés ; les gencives et les conjonctives sont pâles ; en outre violent mal de tête, pas de vertiges, pas de bourdonnements d'oreilles. Le pouls est un peu rapide.

Etienne

6

Miction assez fréquente et un peu douloureuse.

Examen. — Douleur à la palpation et à la décompression sur le côté gauche de l'utérus. Au toucher, grosse masse très douloureuse occupant le cul-de-sac gauche et bombant fortement dans le cul-de-sac de Douglas. Cul-de-sac droit sain. Col utérin petit, mou, entr'ouvert. Utérus un peu gros.

21 mai.	—	Température pariétale gauche ...	37°2
—	—	— droite.....	36°8
—	—	abdominale.....	35°6
—	—	rectale.....	37°4

Traitement. — Glace sur la région utéro-ovarienne gauche. Immobilité complète au lit. Injections chaudes.

25 mai.	—	Température pariétale gauche ...	36°7
—	—	— droite.....	36°4
—	—	abdominale.....	36°3
—	—	rectale.....	37°2

Les pertes de sang se sont arrêtées. La douleur au palper et au toucher est bien moins vive que le premier jour. L'état des culs de sac est le même. Repos au lit et injections chaudes.

29 mai:	—	Température pariétale gauche....	36 7
—	—	— droite.....	36.5
—	—	abdominale	36.4
—	—	rectale....	37.5

Palper abdominal indolore. Le toucher nous révèle une modification légère, mais réelle dans l'état des culs de sac gauche et postérieur.

Le col utérin à peu près fermé est moins mou.

La légère cystite, que la malade accusait en entrant, est disparue.

Dans cette observation, la lésion annexielle de date récente est arrivée à sa période la plus aiguë.

Le thermomètre appliqué sur la région hypogastrique au niveau de cette lésion devrait, d'après ce que nous avons constaté chez d'autres malades, nous donner une température assez élevée. C'est ce que nous observons. La température locale gauche est en effet, le premier jour, de $37^{\circ}2$ à gauche, $36^{\circ}8$ à droite tandis que la température rectale est à $37^{\circ}4$ et la température abdominale $36^{\circ}6$.

Quelques jours après, sous l'influence du traitement, les chiffres thermiques ont baissé de cinq dixièmes à gauche, quatre dixièmes à droite : il faut remarquer que l'inflammation annexielle est moins aiguë qu'au début.

Le 29 mai, ces chiffres ont augmenté de un dixième à droite et auprès de l'ombilic : la température rectale s'est élevée de trois dixièmes.

Enfin ici, comme dans les observations précédentes, nous remarquons qu'il y a presque toujours, en même qu'hyperthermie locale au niveau des annexes malades hyperthermie au niveau des annexes saines, alors que la température rectale reste à peu près normale. De même la température prise en un autre point de l'abdo-

men est un peu plus élevée que celle que nous avons trouvée chez des sujets sains. Celle-ci variait en effet entre 35°6 et 36°. Que l'inflammation des annexes d'un côté réagisse sur la température des annexes de l'autre côté, c'est fort possible. Nous ne pouvons toutefois que le supposer.

OBSERVATION XVI (personnelle)

Annexite double

Per... Augustine, âgée de 24 ans, vernisseuse, est entrée le 9 mai 1901 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Chomel, dans le service de Monsieur le Docteur Siredey.

Réglée à 15 ans. Règles toujours régulières, d'une durée de 4 jours, peu abondantes, indolores.

Il y a cinq ans, cette malade eut une péritonite qui fut soignée à l'hôpital et guérie au bout de 6 semaines.

Dans les dix derniers jours du mois d'avril, elle s'aperçoit que sa chemise est tachée en jaune vert. En même temps elle ressent des douleurs assez prononcées dans les reins et au niveau des ovaires. Ses règles surviennent à date fixe, moins abondantes encore que d'habitude. Huit jours après la cessation de ses règles, la malade perd un peu de sang pendant quelques jours. Ce sang s'arrête pendant deux jours. Enfin depuis quatre jours elle perd continuellement du sang, mais en minime abondance. La marche lui est de-

venue impossible. Elle souffre continuellement, même couchée ; le repos atténue cependant ses douleurs.

Légère céphalalgie, téguments un peu décolorés. Un peu d'anorexie, pas de dyspepsie. Pas de météorisme abdominal.

Examen. — Le palper hypogastrique détermine une douleur assez vive sur tout le pourtour de l'utérus. La décompression est douloureuse à gauche et à droite.

Le toucher nous révèle que les culs-de-sac gauche, droit et postérieur sont occupés par une masse dure, rénitente, très douloureuse, surtout à droite et immobilisant l'utérus. Col long et mou.

La malade perd un peu de sang ne contenant ni membranes ni caillots et ne présentant aucune odeur.

En somme, affection périutérine aiguë.

9 mai.	—	Température pariétale droite...	37°2
—	—	— gauche..	37°1
—	—	abdominale	36°6
—	—	rectale..	38°2

Traitement. — Glace sur la région utérine. Immobilité complète et injections chaudes.

15 mai.	—	Température pariétale droite...	37°
—	—	— gauche..	36°8
—	—	abdominale	36°6
—	—	rectale.....	38°2

L'état est à peu près le même. La douleur est cependant moins vive. On continue le même traitement.

22 mai.	—	Température pariétale droite...	37°2
—	—	— gauche..	37°
—	—	abdominale	36°7
—	—	rectale.....	37°8

La masse occupant les culs-de-sac, moins douloureuse, semble devenir fluctuante. On pense qu'il faudra intervenir chirurgicalement.

28 mai.	—	Température pariétale droite...	36°8
—	—	gauche..	36°7
—	—	abdominale	36°6
—	—	rectale.....	37°6

L'utérus est un peu plus mobile que le premier jour. La masse qu'on sentait dans les culs-de sac semble avoir diminué de volume.

Le toucher est à peine douloureux.

2 juin.	—	Température pariétale droite...	37.1
—	—	gauche..	36.9
—	—	Température abdominale	36.7
—	—	rectale	37.9

La malade a ses règles, qui ne sont pas douloureuses.

5 juin.	—	Température pariétale droite....	36.6
—	—	gauche...	36.5
—	—	Température abdominale.....	36.3
—	—	rectale.....	37.4

Règles terminées. L'utérus se libère de plus en plus. Le cul-de-sac gauche est moins tendu que le cul-de-sac droit. Le toucher est indolore.

8 juin.	—	Température pariétale droite....	36.6
—	—	gauche...	36.5
—	—	abdominale.....	36.3
—	—	rectale.....	37.2

L'examen génital donne à peu près le même résultat que le 5 juin. La malade quitte l'hôpital.

Nous pouvons remarquer dans cette observation que, du 9 au 22 mai, l'élévation thermique locale est assez marquée sur les deux côtés de l'utérus, et qu'elle reste à peu près constante pendant ce laps de temps. Or, l'examen nous fait constater que l'état des annexes est resté à peu près le même, celles-ci ayant plutôt de la tendance à suppurer. Le 28 mai, le thermomètre accuse une diminution de l'hyperthermie, de quatre dixièmes à droite, trois dixièmes à gauche ; le toucher nous montre que l'inflammation péri-utérine a un peu rétrogressé.

Les chiffres thermiques diminuent ensuite pour rester à peu près au même niveau les 5 et 8 juin. A ce moment on constate que l'affection annexielle est en train de se résorber petit à petit.

Il faut considérer en outre que, dans cette observation, les règles ont amené le 2 juin une élévation de la température locale et de la température générale sur les jours précédents, hyperthermie qui cesse aussitôt que les menstrues sont terminées.

A noter encore l'hyperthermie locale au pourtour de l'ombilic ($36^{\circ}7$ et $36^{\circ}3$).



Exposé analytique des résultats obtenus

Il résulte de nos observations qu'au niveau des lésions inflammatoires le thermomètre accuse une hyperthermie, faible dans le mal de Pott et les annexites, plus élevée dans la pleurésie, la pneumonie et la tuberculose pulmonaire. Pourquoi cette différence ?

Dans le mal de Pott, nous appliquons le thermomètre sur les côtés de la colonne vertébrale, à l'endroit où la pression la plus douloureuse semble nous indiquer que c'est là le siège de la phlegmasie, ou que celle-ci est à son maximum d'intensité. Or sommes-nous en droit de dire que nous avons trouvé le point malade ? Non certainement. La lésion peut porter sur la lame vertébrale, sur l'apophyse transverse de la vertèbre ; or, le thermomètre, appliqué localement sur ces points, est séparé du foyer phlegmasique par toute l'épaisseur des muscles des gouttières vertébrales. La lésion porte-t-elle sur le corps de la vertèbre, le thermomètre en est encore plus éloigné. De plus, nous ne pouvons savoir à quel degré exact la lésion est arrivée. Aussi les résultats donnés dans ce cas par la thermométrie locale ne doivent-ils pas être considérés comme bien concluants. Les chiffres que nous trouvons ne

dépassent que rarement en effet trois dixièmes de degré en hyperthermie.

Sommes-nous en présence d'une femme dont les annexes sont malades ? La palpation, le toucher nous renseignent plus fidèlement, il est vrai, sur le siège et sur l'étendue de la lésion ; en outre il nous est assez facile de diagnostiquer si l'inflammation est de date ancienne ou récente

Mais le chiffre thermique, s'il est plus fort que précédemment, n'est pas encore très élevé. C'est que le thermomètre, appliqué sur la paroi hypogastrique en rapport avec les annexes, se trouve séparé de celles-ci non-seulement par un intestin plus ou moins rempli de gaz et de matières stercostales qui y séjournent depuis un temps variable, mais encore par une paroi abdominale, où divers plans musculaires sont le plus souvent doublés d'une couche adipeuse, mauvaise conductrice de la chaleur. De plus, il faut compter avec une vessie dont on ne connaît qu'imparfaitement l'état de vacuité et de santé.

Aussi, ne constatons nous qu'une hyperthermie variant entre trois et cinq dixièmes de degré, si on prend comme terme de comparaison la température locale prise sur cette même paroi abdominale en un point voisin de l'ombilic, et assez distant de la région utéro-ovarienne. Encore, trouvons-nous que les chiffres thermiques, obtenus au niveau des annexes qui paraissent saines, sont plus élevés que la température

péri-ombilicale de deux dixièmes de degré ; ce qui pourrait nous faire supposer que le phénomène inflammatoire, qui se passe sur un côté de l'utérus et sur l'utérus lui-même, le plus souvent atteint de métrite, influe sur le côté opposé. Nous remarquons, en outre, dans nos Observations XIII, XIV, XV et XVI, et surtout dans les trois dernières que la température périombilicale, que sur des sujets sains nous avons trouvée variant entre $35^{\circ}6$ et 36° , dépasse presque toujours $36^{\circ}3$. Nous ne savons à quelle cause l'attribuer, la température rectale étant toujours restée aux environs de la normale. Nous nous gardions bien de placer le thermomètre sur la région épigastrique, car nous supposons que la température, en ce point, doit varier suivant que l'estomac est au repos ou non.

Nous n'avons pas été surpris de trouver une hyperthermie plus élevée sur la paroi utéro-ovarienne pendant les époques menstruelles (Observations XIII et XVI). Nous l'avons manifestement constaté chez d'autres femmes.

Bien plus positifs sont les résultats que nous avons obtenus sur la paroi thoracique. Si, d'une part, le thermomètre est en rapport moins éloigné, plus intime avec les organes sous-jacents, plèvre et poumon, d'autre part les signes physiques nous renseignent plus complètement sur le siège exact et l'étendue des lésions inflammatoires. En outre, l'histologie nous apprend que

dans la pleurésie, la pneumonie, la tuberculose pulmonaire, plusieurs sources de chaleur viennent contribuer à élever la température locale, la plèvre et le poumon participant au processus inflammatoire.

En effet, dans la pleurésie, en même temps que nous constatons que les deux feuillets de la plèvre sont congestionnés et recouverts de membranes fibrineuses, que les vaisseaux sont gorgés de sang, que sous cette couche fibrineuse la plèvre présente des bourgeonnements formés de tissu conjonctif embryonnaire et de jeunes vaisseaux, en même temps nous remarquons que le poumon sous-jacent est lui aussi congestionné, et que les alvéoles pulmonaires les plus superficiels offrent les altérations de la pneumonie catarrhale.

Dans la pneumonie franche, outre la congestion intense qui peut aller jusqu'à l'hépatisation rouge ou grise, on observe toujours une lymphangite avec participation des ganglions lymphatiques. La plèvre en rapport avec le bloc hépatisé présente les lésions de la pleurésie sèche.

Dans la tuberculose pulmonaire au début, pneumonie et pleurésie viennent s'ajouter à la lésion tuberculeuse elle-même. Villemin considérant ce qui se passe au début de la bacillose pulmonaire s'exprimait ainsi : « Il se produit au début de la prolifération tuberculeuse ce qui se produit dans la prolifération inflammatoire, un afflux sanguin réclamé par la

réaction des éléments qui participent à la création du tubercule. On peut avoir la preuve de cette congestion, accompagnant l'évolution formatrice des tubercules, par l'examen histologique du poumon jeune ; les vaisseaux avoisinants sont gorgés de sang et l'on constate, dans les vésicules pulmonaires les plus proches du nodule, une coloration jaune rougeâtre due à l'imbibition des éléments qui les remplissent par les matières colorantes du sang. On remarque aussi que les vaisseaux s'arrêtent à la périphérie des granulations ; le reste de leur trajet est ordinairement interrompu. » MM. Cornil et Ranvier nous apprennent également que « dans la tuberculisation pulmonaire au début il est de règle et, pour ainsi dire, sans exception, que toute granulation et que toute aggrégation de tubercules soit entourée par une zone de tissu enflammé. A l'œil nu, la congestion péri-tuberculeuse se traduit par une coloration rouge et une tuméfaction du poumon, qui est plus ou moins imbibé par un liquide spumeux, rouge ou rosé, pouvant aller jusqu'à la pneumonie catarrhale. » Enfin, signalons les lésions de pleurésie sèche, que l'on trouve presque toujours au sommet des poumons à l'autopsie de bacillaires.

En outre la toxine tuberculeuse, qui est elle-même vasodilatatrice (ectasine de Bouchard) peut-elle aussi favoriser cette hyperémie. Mais celle-ci ne doit pas à elle seule faire l'hyperthermie. A la chaleur apportée

par la circulation sanguine il faut ajouter la chaleur résultant, comme dans tout processus vital, des actions moléculaires intimes, des combustions intestielles, la chaleur née sur place ; ce qui faisait dire au professeur Peter : « le tissu du poumon peut être pâle, mais chaque granulation qui se développe est le siège d'un travail intime trophique qui produit du calorique — hyperémie trophique tuberculeuse.

En somme, toutes ces causes, toutes ces sources de chaleur venant s'ajouter les unes aux autres, nous ne devons pas nous étonner de l'élévation thermique relativement considérable que nous trouvons sur la paroi cutanée en rapport avec le poumon et la plèvre, moindre dans la pleurésie et la pneumonie que dans la tuberculose pulmonaire.

Dans la pleurésie (observation VII), la température locale s'élève en même temps que la température centrale. Mais au niveau du poumon gauche, où nous constatons l'existence d'un épanchement, il existe une hyperthermie de quatre dixièmes de degré, hyperthermie qui baisse un peu les jours suivants et se maintient constante tant que l'épanchement reste stationnaire. Celui-ci augmente-t-il un peu, aussitôt la température monte.

On fait la ponction : le lendemain la température pariétale tombe de un degré, précédant la chute de la température générale, qui ne se fait que quelques jours après. N'ayant pu prendre la température intercostale

le jour même où l'on fit la ponction, nous n'avons pu vérifier le fait énoncé par Peter qu'aussitôt après la thoracentèse l'hyperthermie locale augmente, sous l'influence de la congestion *a vacuo*; qui se produit par suite de la décompression brusque du poumon après la ponction, congestion que viennent prouver la toux la syncope et l'expectoration albumineuse que l'on constate quelquefois à la suite de cette thoracentèse.

Dans la pneumonie (observ. VIII et IX), la température est plus élevée, d'une part au niveau des points du poumon atteints par la phlegmasie, et d'autre part dans le rectum au moment où les phénomènes généraux sont précisément le plus intenses. Cette hyperthermie locale est de 6 à 7 dixièmes de degré. Les jours suivants, le thermomètre accuse au niveau du foyer pneumonique un abaissement, non plus de quelques dixièmes de degré, mais de un degré, de un degré et demi, deux degrés sinon plus, alors que simultanément les phénomènes de crise générale, tels que sueurs urines sédimenteuses, se sont produits. Il y a une crise générale et une crise locale, celle-ci représentée par l'abaissement local de la température. La fin de la maladie est signalée à la fois par la cessation des phénomènes généraux et des phénomènes locaux.

Et cependant le bloc de fibrine infiltrée dans le poumon y persiste un certain temps encore, mais à peu près inerte et incapable d'y éveiller une hyperthermie locale de plus de deux dixièmes de degré, à moins

qu'une cause extérieure, refroidissement ou surmenage, ne vienne réagir sur un tissu qui n'est pas encore revenu tout à fait à la normale, comme le montre cette légère hyperthermie, et réveiller ainsi le foyer morbide. Une persistance de l'hyperthermie locale doit faire porter un pronostic plus sombre (obs. XI).

Nous avons vu que, dans la tuberculose pulmonaire au début, le sommet du poumon était le siège d'un travail phlegmasique intense. C'est là que le thermomètre accuse la plus grande élévation thermique. Nous trouvons en effet une hyperthermie qui varie entre cinq dixièmes de degré et un degré, alors que la température rectale reste aux alentours de la normale. Nous n'avons pas constaté dans la tuberculose au début, des chiffres aussi élevés que ceux de Bagneris, Forest, Oudin et leur maître Peter, qui citent des élévations thermiques de 1°5, 2 degrés et même 2 degrés et demi. G. Sarda, de Montpellier, qui, en 1882, n'avait constaté aucune hyperthermie supérieure à 1°2, conteste les résultats obtenus par ces auteurs, et ajoute même que, pour avoir des écarts aussi considérables, ils ne devaient pas tenir compte de l'élévation de la température centrale, qui contribue à élever la température locale.

Entre deux sommets lésés nous avons remarqué une disparité thermique persistante en faveur du sommet le plus malade, et d'autant plus élevée que la différence des lésions est elle-même plus prononcée.

Il semblerait, si nous considérons une tuberculose pulmonaire arrivée à la 3^e période, que la température locale dût être moins élevée au niveau d'une caverne tuberculeuse, c'est-à-dire d'une cavité à parois indurées, peu vivantes, et où l'air a remplacé le parenchyme pulmonaire détruit.

G. Sarda dit l'avoir toujours constaté, ayant même trouvé dans quelques cas une hyperthermie de cinq dixièmes de degrés seulement, deux fois plus faible par conséquent que l'hyperthermie locale observée à la période des craquements secs. Nous avons trouvé, ainsi que le Professeur Peter, des résultats absolument opposés, des chiffres thermiques plus élevés de deux degrés même, alors que la température rectale restait aux environs de 37°2, plus élevés que du côté opposé (Observ. IV) où les lésions moins avancées auraient dû, selon nous, donner une hyperthermie plus considérable. Aussi, sommes-nous tenté de croire, comme le professeur Peter, qu'il y a là, aux alentours de la caverne pulmonaire, et dans la caverne même, un travail phlegmasique, persistant, ulcéreux et sécrétoire, avec hyperémie corrélative et hyperthermie proportionnelle. En outre, il se peut qu'à côté de ces cavernes de nouveaux tubercules, en voie de germination, viennent par rayonnement élever la température locale.

A la période finale, la température locale, ainsi que

la température générale, donne des chiffres voisins de la normale et même inférieurs.

Dans l'observation V, nous constatons que, pendant toute la durée des hémoptysies tuberculeuses, la température locale s'élevait simultanément avec la température générale, et considérablement (jusqu'à 38°6), pour s'abaisser ensuite lorsque ces hémoptysies étaient arrêtées. Ce phénomène, constaté par la plupart des auteurs, ne doit pas nous étonner. Nous pouvons le rapprocher de ce que l'on observe lorsqu'on applique le thermomètre sur la région utéro-ovarienne pendant les époques menstruelles. Dans l'un et l'autre cas, il y a congestion et hémorragie. La cause étant la même, le résultat ne doit pas changer.

Certains expérimentateurs ont trouvé, sous l'influence de l'écoulement menstruel, un abaissement de la température thoracique, les menstrues agissait comme une véritable saignée : le fait est possible ; nous n'avons pas eu l'occasion de le constater.

L'hyperthermie locale, observée au cours d'une hémoptysie, peut être d'une grande utilité au point de vue du diagnostic de la nature de cette hémoptysie.

On pourra remarquer en effet, et nous ne faisons que répéter les paroles de Peter, que si une hémoptysie se produit en même temps qu'on note une disparité thermique au niveau des espaces intercostaux supérieurs, avec une température centrale normale,

on pourra diagnostiquer une hémoptysie idiopathique, cardiaque ou supplémentaire. Ces trois dernières ne se faisant pas aux sommets, si la température est plus élevée dans les deux premiers espaces intercostaux, que dans les septième ou huitième, c'est que l'hémorragie s'y est faite, et, dans l'espèce, elle est tuberculeuse ; ou, si ce n'est pas là qu'a eu lieu l'hémorragie, si ce n'est pas elle qui a élevé la température locale, ce ne peut être qu'une lésion locale, laquelle n'est le plus souvent que tuberculeuse : le dilemne est inévitable. Dans notre observation VI, nous relatons qu'une malade, chez qui la thermométrie locale nous faisait soupçonner une lésion bacillaire du sommet gauche, avait eu, quinze jours avant son entrée à l'hôpital, une hémoptysie. Cette hémorragie était-elle d'origine tuberculeuse ? Nous ajoutons que nous ne le pensions pas. Si nous avions pu prendre la température locale au moment même de l'hémoptysie, le thermomètre eût pu nous confirmer dans notre diagnostic.

Si nous passons en revue toutes nos observations, nous constatons que dans la plupart, la température locale dépasse, en hyperthermie, la température rectale ; quelquefois même elle arrive à l'égaliser. Il serait donc insensé de croire que celle-ci tient la première sous sa dépendance : elle peut très bien contribuer à augmenter la température locale ; nous l'avons même observé le plus souvent. De là à dire que la température locale engendre la température générale,

nous ne le croyons pas non plus. La lésion locale, il est vrai, peut engendrer une grande part de calorique, et déverser ce nouveau coefficient de chaleur dans la masse du sang ; elle peut aider ainsi à élever la température centrale, mais elle ne fait pas la fièvre. Nous voyons en effet que le thermomètre, tout en accusant une température générale normale, peut démontrer une hyperthermie locale :



Conclusions

Tuberculose pulmonaire. — 1° Tout foyer tuberculeux est une cause d'élévation de la température locale.

2° La disparité dans les températures des sommets pulmonaires est un signe probant de lésion locale. Cette disparité ne va pas jusqu'à 1 degré, comme l'affirmaient Peter et ses élèves Bagneris et Oudin.

3° La température locale est le plus élevée du côté où les lésions sont le plus avancées.

4° L'élévation thermique locale est proportionnelle à l'intensité des signes morbides.

5° Dans l'hémoptysie, il y a hyperthermie pendant toute la durée de l'hémorragie, hyperthermie qui cesse lorsque celle-ci est arrêtée.

Pneumonie. — Il existe une différence thermique entre les deux poumons, différence de 5 à 7 dixièmes de degré en faveur du poumon malade, et qui décroît jusqu'au jour de la convalescence. La persistance de l'hyperthermie doit faire réserver le diagnostic.

Pleurésie. — 1° Il y a hyperthermie du côté de l'épanchement et du côté opposé, mais la température pariétale du côté malade est plus élevée que celle du côté sain.

2° L'épanchement se résorbant petit à petit, la température locale suit la marche décroissante du liquide.

3° Après une ponction, la température locale ne tarde pas à baisser les jours qui suivent, pour revenir petit à petit au degré thermique normal, si le liquide ne se reforme pas.

Mal de Pott. — Il existe une disparité thermique entre les vertèbres saines et les vertèbres malades. disparité faible, il est vrai, ($\frac{3}{10}$ ou $\frac{2}{10}$) mais réelle et constante, en faveur de la vertèbre atteinte.

Annexite. — 1° La température locale est toujours plus élevée au niveau des annexes, à un degré supérieur sur la paroi en rapport avec l'annexe malade.

2° Cette hyperthermie de 4 à 3 dixièmes va en décroissant, à mesure que l'inflammation annexielle disparaît.

3° Le thermomètre accuse une élévation de cette température locale pendant les règles.

Au moment où le diagnostic tend à prendre une si grande place en clinique, il n'est pas inutile de signaler l'importance de la thermométrie locale à ce point de vue. Comme nous avons l'occasion d'en parler dans nos observations de tuberculose au début, il est des cas où le diagnostic est des plus difficiles, où il est permis d'hésiter faute de signes absolument probants. Sans parler du mal de Pott où le thermomètre appli-

qué sur la colonne vertébrale peut à la rigueur décélérer quelle est la vertèbre lésée, celui-ci nous sera d'une tout autre utilité lorsqu'il s'agira de savoir, en face d'un malade se plaignant, de faiblesse, d'anémie, de palpitations, de névralgie intercostale si on a affaire à des malaises symptomatiques d'une affection banale comme la chlorose, ou d'une maladie autrement grave, la tuberculose pulmonaire.

Au point de vue pronostic, la thermométrie locale pourra encore venir en aide au praticien, en lui évitant quelquefois de consterner toute une famille avec un pronostic grave, que la suite des circonstances viendra démentir.

Il n'est même pas jusqu'au traitement que le thermomètre ne vienne justifier. Ne voyons-nous pas en effet l'élévation thermique locale, au moment de la période congestive de l'hémoptysie, diminuer sous l'influence de l'ergotine ou du chlorure de calcium, ou bien encore l'hyperthermie au niveau d'une annexe malade tomber sous l'influence du repos et des injections chaudes, de 5 dixièmes de degré à deux dixièmes quelques jours seulement après.

Vu : Le Président de la Thèse,
HUTINEL.

Vu : Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD,

Index Bibliographique

- HIPPOCRATE (Œuvres diverses d'). — Edition Littré, Paris, 1839-1861.
- GALIEN. — Galeni in Hippocratis librum de alimento comm. III, t. VII, De febrium differentiis, l. I, cap. IX, p. 307.
- 1680-1681. BORELLI. — De motu animalium. Œuvres posthumes publiées à Rome.
1787. HUNTER. — Traduction Richelot, 1837, t. I, p. 437.
1815. J. DAVY. — Bibliothèque britannique, t. LX.
— SCARPA. — Réflexions sur l'anévrysme, trad. franc. par Delpech, Paris. 1809.
— HODGSON. — A treatise on the diseases of Arteries and Veins, Lond., 1815, trad. fr. par Breschet, Paris. 1819.
1829. DAVY. — Philos. Trans. et Ann. de Chirurgie et de Phys.
1835. BECQUEREL ET BRESCHET. — Ann. des Sc. nat. 2^e série, t. III et IV.
1847. DEMARQUAY. — Thèse Paris. Recherches expérimentales sur la chaleur animale.
1852. BERNARD CL. — Compte rendu de l'Académie des Sciences.

1854. BROWN-SEQUARD. — *Compte rendu de l'Académie des Sciences.*
1856. DEMARQUAY. — *Monit. hôpit.*
— BROCA. — *Traité des anévrysmes.*
1861. BROCA. — *Bullet. Soc. Chirurg., t. II., Temp. des Anévrysmes.*
1864. VERNEUIL. — *Bull. Soc. Chirurg.*
1865. BILLROTH. — *Arch. für Chirurg. Berlin. Recherches expérimentales sur la fièvre traumatique.*
— BERTHELOT. — *Journ. Anat. et Phys.*
1867. GAVARRET. — *Art. Dict. Euegel.*
— HANKEL. — *Arch. der Heilkunde.*
1868. POTEAU. — *Thèse Paris.*
1869. BENHARD ET JACOBSON. — *Centralblatt. Temp. dans les plaies.*
1871. ALVARENGA. — *Lisbonne. Précis de thermométrie clinique.*
1872. BROCA. — *Note sur la temp. cérébrale. In Soc. d'Anthrop. (janvier).*
— WUNDERLICH. — *De la température dans les maladies. Traduct. de Labadie-Lagrave.*
1873. BURCQ. — *Note sur la métallothérapie, application du thermomètre à l'idiométraloscopie. In Bull. de l'Académie, p. 716.*
— PETER. — *Leçons de clinique médicale.*
— GASSOT. — *Th. Paris, n° 465. Variations des températures locales dans les différentes maladies.*
— HUPPERT. — *Gaz. Hebdom (Résumé).*
— NICATI. — *Thèse Paris.*
1875. LAUDRIEUX. — *Gaz. hôp. p. 969.*

- JOBBÉ DUVAL. — Thèse Paris, Temp. pleurale.
- 1876. TORIO. — Th. Paris. Des températures pariétales dans la pneumonie et la pleurésie.
- SEGUIN. — New-York Medical. Thermométrie.
- COUTY. — Recherches sur la température périphérique dans les maladies fébriles. In Soc. de biologie, 4 juin.
- CHARTERIS. — Différences entre les températures des deux aisselles dans la phtisie. In the Lancet, 13 mai 1876.
- 1877. ESTLANDER. — Arch. Band. Temp. dans les tumeurs.
- BROCA. — Gaz. hebdomad. Temp. locales dans un cas d'embolie cérébrale.
- WEGSCHEIDER. — Arch. Wirsch. t. VIII.
- LORAIN. — De la température du corps humain et de ses variations dans les diverses maladies. Publication faite par M. Brouardel.
- LUIGI CORNATO. — Rivista clinica, série II, anno 7.
- 1878. VERNEUIL. — Note sur la fièvre symptomatique des néoplasmes. In revue mens. de médéc. et de chirurg. Février.
- MAC ALDOVIC. — Med. Times and Gazet. t. II, p. 269.
- PETER. — Bull. Acad. 30 avril, 10 septembre.
- VIDAL D'HYÈRES. — Bull. Acad. 10 septembre.
- LEREBoullet. — Gaz. hebdom., octobre.
- W. SQUIRE. — Practitioner. Temp. périphériques.

- NICAISE. — Rev. mens. de med. et de chirurg. octobre.
- 1879. LEVEN. — Soc. biol. Temp. pariét. dans affect. stomacales.
- BAGNÉRIS. — Thèse Paris. Temp. loc. dans la tubercul. pulmon.
- VON ANREP. — Verhandlungen der physic. med. Gesellschaft in Wurzburg, t. XIV, p. 44. Temp. périph. dans les affections pulmon.
- 1879. GUÉNEAU DE MUSSY. — Bullet. Acad. 16 décembre.
- PAUL BERT — Communication sur la thermométrie cérébrale. — In bull. Soc. biol., 19 janvier.
- PETER. — Bullet. Acad. 9 décembre.
- — — Leçons cliniques. 2^e et 3^e éditions.
- BROCA. — Temp. morbides locales. Bullet. Acad., 30 décembre.
- FIORI et GRAZIADEI. — Temp. des aisselles et des espaces intercostaux dans les maladies de poitrine. Arch. p. 1. Scienze med., t. III, n^o 9.
- PETER. — Soc. clin. de Paris. Communication sur la temperat. épigast. dans le cas de cancer de l'estomac.
- 1880. VOISIN. — Bull. Acad., 20 janvier.
- LEREBOLLET. — Gaz. hebdomad., octobre.
- LÉPINE. — Soc. biolog., 7 février. Temp. loc. chez les phtisiques.
- BREBION. — Rev. mens., t. IV, p. 526. Con-

- tribution à l'étude de la temp. de la paroi thorac. chez les phtisiques.
- BLAIN. — Thèse Montpellier. Temp. cérébrales.
- VERNEUIL. — Mém. chirurg.
- MORTIMER GRANVILLE. — Soc. Biol., 10 janv. Thermom. loc. dans affect. pulmon.
- FOREST. — Thèse Paris. Temp. locales dans la chlorose et la tuberculose au début.
- COLIN. — Bull. Acad., 27 janvier. Temp. des parties superf. du corps.
- COUTY. — Recherches sur la temp. périph. et quelques conditions de ses variations. — Arch. physiol. n° 1, p. 82.
- HUNKIARBAYENDAN. — Thèse Paris. Des températures locales.
1881. OUDIN. — Thèse Paris. La températ. pariét. à propos d'un cas de phtisie aiguë.
- PARIZOT. — Thèse Paris. Temp. loc. dans affect. chirurg.
- SABATIER. — Thèse Montpellier. Temp. génér. et locale dans maladies du cœur.
1882. SARDA. — Thèse Montpellier. Des températures périphériques et particulièrement des temp. morb. locales dans la tuberculose pulmon. chronique.
1884. MONDON. — Thèse Paris. Tempér. loc. et phtisie pulmonaire.
- CHATELET. — Etudes sur la temp. loc. du sein après l'accouchement.
1890. VACHER. — De la thermométrie en clinique.
1888. KUNKEL. — Ueber die Temperat. der menschlichen (Z. B. XXV).

1889. RICHET. — La chaleur animale.
1893. LANDOIS. — Traité de physiologie humaine.
1898. RICHET. — Dictionnaire de physiologie.
— BORDIER. — Sur la mesure comparative de la
conductibilité calorifique des tissus de l'or-
ganisme. (Arch. de physiol. X).

